



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**“RELACIÓN DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y EL ESTADO
DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
CENTRO MÉDICO TIERRA NUEVA, MEDIANTE LA
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SF 36 Y ESCALA ESTE ,
PERIODO FEBRERO-MAYO DEL 2015”.**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Línea de Investigación: soledad y estado de salud.

Autor: Md. CRISTINA DE LOS ANGELES CANTUÑA TAPUYO

DIRECTORA GENERAL: DRA. ALEJANDRA HIDALGO

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. HUGO PEREIRA

Quito- Agosto, 2015

DECLARACION DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Cristina de los Angeles Cantuña Tapuyo, portadora de la cedula de ciudadanía No 171773326-3, autora del trabajo de investigación titulado:

“RELACIÓN DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO MÉDICO TIERRA NUEVA, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SF 36 Y ESCALA ESTE , PERIODO FEBRERO-MAYO DEL 2015”.

Prevía a la obtención del título profesional de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, en la Facultad de Medicina:

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENECYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetándolos derechos del autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 21 de Agosto del 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. Cantuña'.

Cristina de los Angeles Cantuña Tapuyo

CI 1717733263



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina
Posgrado de Medicina Familiar

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Fax: 593 – 2 – 299 15 23
Telf: 593 – 2 – 299 17 00 ext. 1841
Quito - Ecuador

Quito 17 de agosto de 2015

CERTIFICADO DE SIMILITUD

CERTIFICO que el trabajo de investigación titulado

“RELACIÓN DEL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO MÉDICO TIERRA NUEVA, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SF 36 Y ESCALA ESTE , PERIODO FEBRERO-MAYO DEL 2015”

De la autora

Cristina De Los Angeles Cantuña Tapuyo con CC # 1717733263

Tiene un índice de similitud menor del 10 % usando el programa informático URKUND
(<http://www.urkund.com>)

Atentamente,

Galo Sánchez del Hierro
Médico Familiar
Docente del Postgrado de Medicina Familiar
Docente de pregrado

DEDICATORIA

A Dios, por las bendiciones recibidas y ser el motor que guía mi vida.

A mi familia, y personas que me han acompañado este caminar de la vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a mi familia y amigos que brindaron su apoyo.

Agradecimiento muy especial a los tutores de esta noble carrera, principalmente a aquellos que creyeron en mí.

A los directores de tesis que con paciencia supieron guiar este trabajo de investigación

Agradecimiento a la Fundación Tierra Nueva por haber brindado el espacio para realizar la investigación.

RESUMEN

Antecedentes: Estudios revelan correlación de la soledad en el deterioro de salud. La presente investigación, tiene como objetivo general, analizar la relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acuden al Centro Médico Tierra Nueva, en los meses de Febrero a Mayo del 2015.

Metodología: Es un estudio de tipo transversal analítico. Se estudió 165 adultos mayores, con la aplicación de la escala ESTE y cuestionario SF 36. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 19 y excel; primero se caracterizó la muestra y posteriormente se realizó análisis bivariado de las variables.

Resultados: De los adultos mayores encuestados, el 70% tiene soledad familiar baja, 34% soledad conyugal baja, el 52% soledad social media y el 60% presentó crisis de adaptación media. En el componente de salud física un 62% presento peor estado de salud, y 38% mejor estado de salud. En el resumen de salud mental un 59% presento mejor estado de salud y un 41% peor estado de salud. Se encontró asociación significativa entre soledad familiar ($p= 0,00$), con peor estado de salud del componente mental y crisis de adaptación con peor estado de salud tanto en el componente de salud física ($p=0,031$) como mental ($p= 0,021$).

Conclusión: asociación significativa entre soledad familiar con peor estado de salud del componente mental y crisis de adaptación con peor estado de salud en los componentes físico y mental, que indican la correlación entre soledad y estado de salud.

ABSTRACT

Background: Studies reveal the relationship between solitude and damage to health. The general objective of this research is to analyze the relationship between the feeling of solitude and health conditions in older adults who attended the Tierra Nueva Medical Center, from February to May 2015.

Methodology: The study type is transversal and analytical. 165 older adults were studied using the ESTE scale and the questionnaire SF 36. For analyzing the data, the software SPSS version 19 and Excel were used. First, the sample was characterized. After that, a bivariate analysis of the variables was carried out.

Results: 70% of the older adults surveyed have low family solitude, 34% have low couple solitude, 52% have medium social solitude, and 60% exhibit medium crisis of adaptability. In the physical health component, 62% exhibit the worst health condition, and 38% a better health condition. In the mental health summary, 59% exhibit the better health condition, and 41% the worst health condition. A significant association was found between family solitude ($p = 0.00$) and the worst health condition in the mental component, and between crisis of adaptation and the worst health condition both in the physical health component ($p = 0.031$) and in the mental health component ($p = 0.021$).

Conclusion: a significant association between family solitude and the worst health condition in the mental component and between adaptation crisis and the worst health condition in the physical and mental components show a relationship between solitude and health conditions.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	ix
TABLA DE CONTENIDOS.....	xi
LISTA DE TABLAS.....	xv
LISTA DE GRAFICOS.....	xvii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	5
2.1 Características sociodemográficas de la población adulta mayor del Ecuador.....	5
2.2 Adulto mayor.....	12
2.3 Soledad.....	13
2.3.1 Las teorías de la Soledad.....	14
2.3.2 Tipos de soledad.....	15
2.3.3 Factores de riesgo asociados con la soledad.....	16
2.3.4 Diferencias entre soledad y aislamiento.....	17

2.3.5 Soledad y la familia.....	18
2.3.6 Soledad en los adultos mayores.....	21
2.3.7 Soledad y variables socio-demográficas.....	23
2.3.8 Soledad y salud.....	25
2.3.9 Instrumentos utilizados para la medición de soledad.....	32
2.4 Escala ESTE.....	34
2.4.1 Factores medidos en la escala ESTE.....	36
2.5 Cuestionario de salud SF36.....	37
2.5.1 Descripción de las Escalas de Salud medidas por SF-36.....	39
2.6 El Centro Medico Tierra Nueva.....	41
 CAPÍTULO III. MÉTODOS.....	 42
3.1 Justificación del Planteamiento del problema.....	43
3.2 Formulación del problema.....	45
3.3 Objetivos.....	45

3.3.1 Objetivo General.....	45
3.3.2 Objetivos Específicos.....	45
3.4 Hipótesis.....	47
3.5 Muestra.....	47
3.5.1 Calculo de la muestra.....	48
3.5.2 Criterios de inclusión.....	49
3.6 Tipo de estudio.....	49
3.7 Operacionalización de variables del estudio.....	50
3.8 Instrumentos de medida utilizados en el estudio.....	53
3.9 Plan de análisis.....	56
 CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	 59
4.1 Perfil de la muestra.....	60
4.1.1 Resultados de Motivo de consulta por el que acude al Centro Medico Tierra Nueva.....	60
4.1.2 Descripción de resultados de variables sociodemográficas.....	61

4.2 Resultados de enfermedades más frecuentes.....	68
4.2.1 Descripción de enfermedad, por motivo de consulta que acude al Centro Medico Tierra Nueva.....	69
4.3 Descripción de resultados de la variable soledad de la Escala ESTE.....	71
4.4 Descripción de resultados de variable estado de salud del Cuestionario SF 36.....	76
4.5 Comparación de soledad y estado de salud con asistencia o no al Centro de atención diurna del adulto mayor del Centro Medico Tierra Nueva.....	82
4.6 Descripción de resultados de análisis de variables.....	84
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	92
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	109
CAPITULO VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	120
BIBLIOGRAFÍA.....	122

ANEXOS

Lista de Tablas

Tabla No 1. Instrumentos para medición de soledad.....	32
Tabla No 2. Instrumentos de medición de Soledad analizados según el enfoque objetivo y subjetivo.....	34
Tabla No 3. Operacionalización de las variables del estudio.....	50
Tabla No 4. Valoración de las preguntas en sentido positivo de escala ESTE.....	54
Tabla No 5. Valoración de las preguntas en sentido negativo de escala ESTE.....	54
Tabla No 6. Preguntas incluidas en cada factor de Escala ESTE.....	54
Tabla No 7. Puntos de corte de grados de Soledad de la Escala ESTE.....	55
Tabla No 8. Preguntas incluidas en las diferentes dimensiones del Cuestionario SF36.....	55
Tabla No 9. Distribución porcentual según Motivo de consulta por el que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015.....	60
Tabla No 10. Valores Estadísticos de Edad.....	61
Tabla No 11. Enfermedades en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero -Mayo 2015.....	68

Tabla No 12. Distribución de Enfermedades frecuentes en los adultos mayores y motivo de consulta por el que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	69
Tabla No 13. Factores de Soledad de la Escala ESTE en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero -Mayo 2015.....	71
Tabla No 14. Distribución porcentual del Componente de Salud Física en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	79
Tabla No 15. Distribución porcentual del Componente de Salud Mental en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	80
Tabla No 16. Comparación entre tipos de Soledad y Estado de Salud con asistencia o no del Centro de Atención Diurna del Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	82
Tabla No 17. Asociación entre variables sociodemográficas con sentimiento de soledad (Familiar) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	84
Tabla No 18. Asociación entre variables sociodemográficas con sentimiento de soledad (Conyugal) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	85

Tabla No 19. Asociación entre variables sociodemográficas con sentimiento de soledad (Social) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	86
Tabla No 20. Asociación entre variables sociodemográficas con sentimiento de soledad (Crisis de adaptación) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	88
Tabla No 21. Asociación entre los diferentes tipos de sentimientos de soledad y peor estado de salud (componente de salud física) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	89
Tabla No 22. Asociación entre los diferentes tipos de sentimientos de soledad y peor estado de salud (componente de salud mental) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	90

Lista de Gráficos

Gráfico No 1. Evolución de la pirámide poblacional del Ecuador.....	7
Gráfico No 2. Distribución porcentual según Edad de adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015.....	61
Gráfico No 3. Distribución porcentual por sexo de adultos mayores que acuden al Centro Médico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015.....	62
Gráfico No 4. Distribución por estado civil de adultos mayores que acuden al Centro Médico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015.....	63
Gráfico No 5. Distribución porcentual por convivencia de adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015.....	64
Gráfico No 6. Distribución porcentual según nivel de educación de adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015.....	65

Gráfico No 7. Distribución porcentual por tipo de vivienda de adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015.....	66
Gráfico No 8. Distribución porcentual por ocupación de adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015.....	67
Gráfico No 9. Distribución porcentual de Soledad Familiar en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero -Mayo 2015.....	72
Gráfico No 10. Distribución porcentual de Soledad Conyugal en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero -Mayo 2015.....	73
Gráfico No 11. Distribución porcentual de Soledad Social en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....	74
Gráfico No 12. Distribución porcentual según Crisis de adaptación en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero – Mayo 2015.....	75
Gráfico No 13. Distribución porcentual del Componente de Salud Física en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero – Mayo 2015.....	77

Gráfico No 14. Distribución del Componente de Salud Mental en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....78

Gráfico No 15. Distribución porcentual de Transición de salud en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.....81

CAPITULO 1.
INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN

En Ecuador, las cifras difundidas por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) corroboran el envejecimiento de la población, en el año 2012 se determinó que las personas mayores de 60 años suman 1'341.664. (2)

De acuerdo a la misma fuente, la población envejecerá aún más, debido a que las mujeres en edad fértil tendrán menos de dos hijos. (2)

El 11% de los adultos mayores en el Ecuador vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%). (2)

Según la encuesta SABE (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento) 2010, en Ecuador, 132.365 ancianos viven solos; de este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes. (2) (1)

El término “Tercera Edad” refleja una historia asociada a las políticas sociales en el siglo XX. El concepto de adulto mayor que se utilizará para el estudio, es el que está dentro del concepto de VEJEZ entendido como la edad cronológica o de calendario, esencialmente biológica. (5)

Se refiere a la edad en años definida a partir de los 60 o 65 años, que a menudo es denominado como “adulto mayor” o “persona adulta mayor”. (5)

“La soledad es un importante contribuyente al sufrimiento humano, y en las personas mayores las tasas de prevalencia pueden ser mayores”. (13)

La soledad constituye un macro concepto y son varios sus referentes, como: la soledad exterior relacionada con la falta real de contactos; interior, que es la que se siente y se considera como la verdadera soledad. (9)

La soledad emocional, cuando no se tiene compañía cercana; y la soledad social, cuando no se tiene con quién compartir y no hay sentido de pertenencia frente a un grupo. (9) (13).

Existe también la soledad objetiva, cuando las relaciones que se establecen con otros son débiles “vivir solo”, y la subjetiva se refiere específicamente a “sentirse solo”. (3) (9).

La soledad puede influir en la disminución en la calidad de vida y aumentar los problemas de salud, tales como enfermedades crónicas, cardíacas y una relación significativa con la depresión, dada por una mayor respuesta inflamatoria, por niveles altos de estrés, y modificaciones en la rutas de transcripción de glucocorticoides.(9) (21)

Cada día aumentan más las cifras de mayores que viven solos, que son institucionalizados o que presentan síntomas asociados con su estado de salud, por lo que se considera su investigación.

CAPÍTULO II.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Características sociodemográficas de la población adulta mayor del Ecuador

Constitución de la República del Ecuador, “Art. 36.- *Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad....*” (1)

“*Se considera al envejecimiento un proceso multidimensional que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, de aquí las acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad*”. (1)

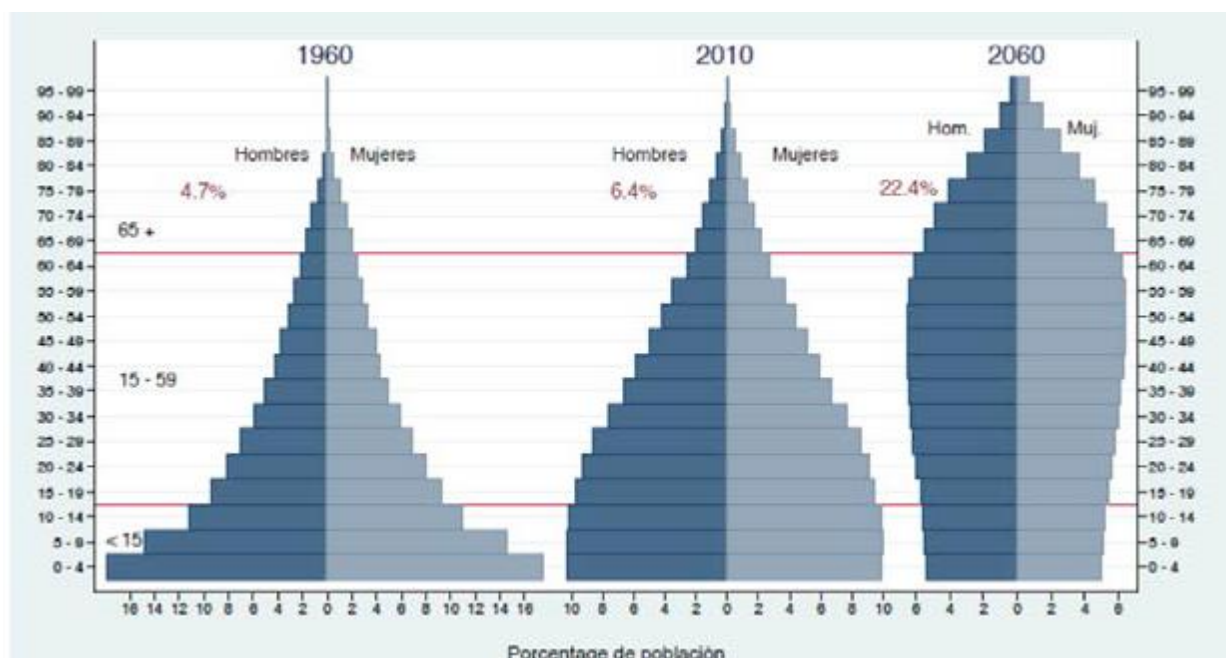
“*El envejecimiento poblacional es un cambio que se debe a diversos factores de tipo histórico, cultural, demográfico, político-social, biológico, entre otros, pero sobre todo a la transición demográfica o los descensos en las tasas de fecundidad y mortalidad*”. (1)

La población mayor está aumentando cada día y no solo involucra a los adultos mayores, sino también a la sociedad como tal; quien se debe preparar para atender las necesidades de las personas mayores y afrontar cambios a nivel social y económico. (2)

El Ecuador es un país en plena fase de transición demográfica, ya que los adultos/as mayores al 2050 representarán el 18% de la población. (1)

En Ecuador, las cifras difundidas por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) corroboran el envejecimiento de la población, en el año 2012 se determinó que las personas mayores de 60 años suman 1'341.664. (2)

Grafico No 1. Evolución de la pirámide poblacional del Ecuador



Fuente: CEPAL. Proyecciones de población.
Elaboración: INIGER MIES 2011

En la segunda mitad del siglo pasado, la esperanza de vida de la población ecuatoriana fue de 48,3 años en 1950-55; para el 2010-2015 la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) ha estimado que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres. (1)

“Para 2030 el país no garantizará el reemplazo generacional debido a que las mujeres en edad fértil tendrán menos de dos hijos, es decir, la población envejecerá aún más”. (2)

Según datos del INEC ((Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010), el 11% de los adultos mayores vive solo; mientras que los adultos mayores que viven acompañados, un (49%) viven con su hijo, (16%) nieto y esposo o compañero (15%). (2)

Según la encuesta SABE (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento) 2010, en Ecuador, 132.365 ancianos viven solos; de los cuales, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes. (1)

El 30% de los adultos mayores cuentan con una persona para su cuidado, por lo general son los hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas, según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2010. (1)

Según la misma encuesta el 14,70% de los adultos mayores fue víctima de insultos y el 14,9 %, víctima de negligencia y abandono. (1)

También la encuesta SABE I (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2009) indica que en el país existe una incipiente y aislada participación de personas adultas mayores en organizaciones, asociaciones o gremios. (1)

El 75 % de la población mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud; y solo el 23% de la población con 60 años o más está afiliada al IESS, (INEC. Censo de Población y Vivienda 2010). (2)

La encuesta SABE (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento) plantea:

“El estudio de salud del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe realizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo. Uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica”. (1)

“Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión”. (1)

“Una alta proporción de adultos mayores, presentan trastornos visuales, trastornos auditivos así como alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor.” (1).

Entre otros datos, la tasa de mortalidad de adultos mayores en el periodo 2005 - 2010, fue de 38 por mil para las mujeres, y 44 por mil para los hombres, y que anualmente, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad. (1)

De aquí la importancia en el cuidado del adulto Mayor, en brindarle protección, apoyo, cuidado, para garantizar un buen vivir.

Los principios que se introducen en la Agenda de Política para Población Adulta Mayor en Ecuador guardan concordancia con los emitidos por las Naciones Unidas para este grupo de edad:

En cuanto al cuidado:

- “Las personas adultas mayores deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

-Deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades”. (1)

De aquí también, se habla del término “envejecimiento activo”, que según la Organización Mundial de la Salud, define:

“El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”. (6)

El término “envejecimiento activo” adoptado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) finales del siglo XX, tiene la intención de reconocer los factores y sectores, además de la atención sanitaria, que afectan cómo envejecen los individuos y poblaciones, además de promover el máximo de autonomía. (6)

“Cada día aumentan más las cifras de adultos mayores que viven solos, que son institucionalizados o que presentan síntomas asociados con la depresión, pero son escasas las investigaciones que incluyen la opinión y la concepción de la soledad por los mismos mayores”. (3)

Uno de los pilares fundamentales para evitar el abandono de los adultos mayores por parte de sus seres queridos y evitar las complicaciones en todos los ámbitos de la vida es lograr la integración familiar. (1)

Así mismo Incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable es una de las metas a seguir. (1)

2.2 Adulto mayor

El término “Tercera Edad” refleja una historia más cercana asociada a las políticas sociales para los mayores en el siglo XX. Surge en los años ‘60 al poco tiempo de la instauración de la jubilación universal en Francia. (5)

El concepto de adulto mayor, es el que está definido dentro del concepto de VEJEZ entendido como la edad cronológica o de calendario, esencialmente biológica y que se manifiesta en niveles de trastorno funcional. Se refiere a la edad en años. (5)

Según este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años, bajo las denominaciones de “adulto mayor” o “persona adulta mayor”. (5)

2.3 Soledad

“Como concepto, su significado es vago, posee múltiples acepciones y variados matices. La soledad es parte de la condición humana”. (4)

El diccionario de la lengua francesa Le Petit Robert señala que el adjetivo “solo” (seul) aparece por primera vez en el siglo XI (año 1080), y deriva del latín solus que hace referencia a quien está sin compañía, separado de los otros, sin vínculos familiares habituales. (4)

El término “soledad” (solitude) surge en el siglo XIII (año 1213) refiriendo a la situación de una persona que está sola de manera momentánea o durable y asociado al aislamiento, al estado de abandono y a separación. (4)

“El diccionario de la lengua española la define como carencia de compañía, pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguna persona o cosa”. (10)

La soledad según algunos autores la definen como la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y reales de una persona; otros la consideran estrechamente asociada con la calidad que el número de relaciones. (14)

“Las personas pueden vivir una vida relativamente solitarios y no sentirse solo, y por el contrario, pueden vivir una aparentemente rica vida social y sentirse solo”. (15)

2.3.1 Las teorías de la Soledad

Investigaciones indican que aproximadamente el 50% de todos los casos de soledad es heredable y el 50% restante ambiental. (14)

“Tener un gen o genes para la soledad no significa que una persona va a estar solo. Lo que parece ser hereditaria es el nivel de angustia suscitada por la desconexión social”. (14)

Los primeros estudios se enfocaron en las diferencias individuales entre las personas solitarias y no solitarias, demostrando que las personas solitarias tienen sentimientos bajos de autoestima y encuentros sociales con mayor cinismo, desconfianza interpersonal, y que son más propensos a esperar ser rechazados. (14)

También se señala que aumentó los sentimientos de timidez, la ansiedad, la ira, y que disminuyó en cambio las habilidades sociales, el optimismo, la autoestima y el apoyo social. (14)

Para el estudio del contexto social en la soledad, los investigadores realizaron el Framingham Heart Study, que incluye el análisis del uso de redes sociales y la percepción de los datos de más de 6.000 participantes entre 1983 y 2001; encontraron que las personas solitarias suelen vincularse con otras personas que están solas, siendo más fuerte para los amigos geográficamente próximos, pero se extiende a tres grados de separación. (14)

“La soledad no es un patrimonio de generaciones pasadas ni presentes. La soledad es un problema real de todos los cohortes y generaciones” por lo que es importante conocer la concepción en este grupo de edad. (3)

2.3.2 Tipos de soledad

Varios son los referentes sobre la soledad, como:

Soledad exterior: relacionada con la que se vive en el entorno, la falta real de contactos. (9)

Soledad interior: es la que se siente, y es considerada como la verdadera soledad. (9)

Soledad emocional: cuando no se tiene compañía cercana, que indica que los lazos familiares se rompen con el paso del tiempo. (9)

Soledad social: cuando no se tiene con quien compartir y no hay sentido de pertenencia a un grupo. (9)

Soledad objetiva: cuando las relaciones que se establecen con otros son débiles.

Soledad subjetiva: se refiere específicamente a sentirse solo (9)

2.3.3 Factores de riesgo asociados con la soledad

Los factores de riesgo son:

Ser mujer. (16)

Ser viudo. (16)

Vivir solo. (16)

Edad. (16)

Problemas de salud. (16)

Recursos materiales y redes "sociales" limitados. (16)

Bajo nivel socioeconómico. (17)

Mala calidad en el matrimonio. (17)

Falta de participación en organizaciones voluntarias. (17)

Síntomas de deterioro de salud física, y las limitaciones físicas. (17)

2.3.4 Diferencias entre soledad y aislamiento

El aislamiento social se refiere a la falta de apoyo social estructural y funcional, en cambio la soledad específicamente a los sentimientos negativos de uno sobre esa situación; mientras que el aislamiento social puede ser voluntaria o involuntaria, la soledad es siempre involuntaria. (20)

Según López Doblas ,al aislamiento se llega por diferentes factores : como el comportamiento, tanto de los mayores, como de las familias, como delegar su cuidado a los Servicios Sociales; factores sociales, por la considerar la vejez como etapa improductiva y desvalorizada; factores espaciales, siendo un fenómeno preponderantemente urbano; factores psicológicos, principalmente por el “Síndrome de Diógenes” o actitud de algunas personas mayores que les lleva a aislarse voluntariamente y abandonarse en los autocuidados y factores de salud, que generan dependencia, discapacidades y miedo a salir del domicilio. (10)

“El aislamiento social se asocia con una mayor mortalidad en hombres y mujeres mayores, pero indican que este efecto es independiente de la experiencia emocional de la soledad”. (19)

2.3.5 Soledad y la familia

“Consideran la soledad tanto una experiencia individual como una experiencia interpersonal que se plasma dentro de la familia”. (4)

Y no todos los miembros de familia vivencian las situaciones de la misma manera. (4)

“La experiencia de soledad en una familia está supeditada a características específicas del sistema: tamaño de la familia, estructura multigeneracional, estadio de desarrollo, intercambio con otros sistemas, herencia cultural, mitos familiares e interacción en la familia”. (4)

Tom Large (1989) indica cinco patrones característicos de familias de sujetos crónicamente solos. En cada familia puede dominar uno de ellos:

Duelo no resuelto:

Cuando hay una pérdida, se produce un vacío en el sistema y un proceso de ajuste que cambia a toda la familia. (4)

“Cuando la pérdida es inesperada, prematura o coincide con algún otro acontecimiento familiar penoso o disruptivo (una mudanza, una pérdida del nivel económico y social), el proceso de duelo se complica, se prolonga y puede posponerse varias generaciones, dejando una marca familiar”. (4)

Aquí, el sentimiento de soledad, se expresa como un sentimiento de que alguien especial está ausente, sentimiento de vacío, de “ser nada”, confusión, desesperanza, indefensión, sensación de no pertenencia, tristeza. (4)

“De esto no se habla” es un lema vigente en estas familias y el nombre del muerto se repite en nuevos miembros, generando expectativas. (4)

La soledad se convierte así en el modelo familiar poco funcional de resolución de la pérdida. Uno de los miembros se transforma en el portador del vacío familiar, mientras que los demás actúan con mayor adaptación. (4)

Certidumbre patológica:

Se refiere a acuerdos familiares contruídos, a convicciones rígidas que son impuestas intrafamiliarmente, que producen soledad crónica, por no sentirse escuchado ni respetado, por falta de la posibilidad de elegir. (4)

Por ejemplo un adolescente al que se le impone indiscutidamente qué carrera seguir, que como hombre, ya maduro, recuerda que en su adolescencia se lo obligó a estudiar medicina, ya que era único hijo, sobrino y nieto y debía ocuparse, contrariamente a sus deseos, de la salud de sus mayores. No pudiendo concretar ningún proyecto propio, con la consiguiente frustración, resentimiento y soledad. (4)

Sincronización:

Se desarrolla en familias que funcionan con la armónica precisión de una máquina. (4)

Cada uno funciona en su propia órbita y la soledad se transforma en un aspecto tácito del estilo relacional familiar. La expresión de temores o inseguridades se convierte en un tabú. (4)

Expansión familiar:

La familia pasa por períodos de expansión y contracción durante generaciones que se asocian con fuertes respuestas emocionales, particularmente temor y sentimiento de soledad. (4)

Abdicación parental:

El progenitor renuncia prematuramente a su función, generando predisposición a la soledad, sin importar la causa del retiro (una madre que se dispone a realizar una carrera, un divorcio conflictivo). (4)

Constituye la pérdida de la situación de protección que genera la experiencia penosa de la soledad, como por ejemplo: los niños pueden sentirse responsables y culparse por la ausencia del padre o madre y sentirse consiguientemente abandonados. (4)

Para llenar el vacío frecuentemente uno de los hijos, generalmente el mayor, suele asumir el rol de “hijo parental”, con sus beneficios secundarios, pero con alto costo, entre ellos su soledad. (4)

Otro tipo de interacción familiar, es la intrusión narcisista, que genera una pesada carga emocional para el niño, le resulta muy dificultosa la separación de sus padres en busca de autonomía y autoafirmación, todo intento de separación es controlado bajo la amenaza de no ser querido y de ser abandonado. (4)

2.3.6 Soledad en los adultos mayores

“La soledad es un importante contribuyente al sufrimiento humano, especialmente en los ancianos, en donde las tasas de prevalencia pueden ser mayores”. (13)

Los adultos mayores son considerados como un grupo en riesgo particular y son variantes las estimaciones de la magnitud del problema, siendo los más vulnerables los mayores a 80 años. (21)

Según Rubio y Aleixandre: “sentirse solo” es una sensación que la relacionan con la tristeza, sentimiento interno y doloroso, mientras que “estar solo” lo denominan como la carencia de compañía, tanto de contactos sociales como de familiares. (9)

La soledad puede asociarse al envejecimiento por diferentes factores o causas, Laforest define tres crisis:

La crisis de identidad, que pueden deteriorar la propia autoestima. (7)

La crisis de autonomía, por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD) (7)

La crisis de pertenencia, por la pérdida de roles y de grupos que pueden afectan en la vida social. (7)

También ciertas experiencias pueden favorecer el apareamiento de la soledad, como (7):

Síndrome del nido vacío. (7)

Relaciones familiares pobres. (7)

Muerte del cónyuge. (7)

La salida del mercado laboral. (7)

La falta de actividades placenteras. (7)

Los prejuicios, como: no tener vida productiva, dependiente. (7)

2.3.7 Soledad y variables socio-demográficas

“En estudios realizados en Europa y América, sobre el sentimiento de soledad, ésta se ha relacionado con variables sociodemográficas como: edad, estado civil, estatus socioeconómico, y nivel educativo; otros aspectos: calidad de las redes sociales y contacto con los amigos, la depresión, los factores genéticos, la falta de afiliación religiosa y la violencia doméstica, entre otros parámetros.” (9)

Edad: Según algunas revisiones se asocia el sentimiento de soledad con la edad; a mayor edad, mayor soledad, debido a la disminución de interlocutores sociales, la muerte de compañeros, la jubilación y las limitaciones físicas y sensoriales que impiden la socialización con familiares y amigos. *“Los adultos mayores de 80 años son los más vulnerables a la soledad”.* (9)

Otros autores señalan que la soledad puede ser en forma de “U” que se percibe alta en la juventud, baja en la adultez y nuevamente alta en la vejez (9)

Género: Existe controversia en cuanto a cual género, varios estudios expresan que la soledad es mayor en la mujer, otros que es más en el hombre. (9)

Estrato socio-económico: Reportado por algunos estudios como factor asociado con la soledad, un mayor nivel socioeconómico se asocia con una red social más amplia, es decir, las personas cuentan con más apoyo en caso de necesitarlo (9)

Nivel educativo: Se considera un mayor nivel educativo como un factor de protección contra la soledad, porque es menos el estrés crónico, la red social es más grande y, en muchas ocasiones, favorece relaciones sociales de buena calidad (9)

Estado civil: El estado civil se asocia fuertemente con la soledad según algunos autores. Señalan que los no casados, viudos, separados o divorciados son más propensos a sentirse solos y que una relación matrimonial estrecha puede disminuir el impacto del estrés marital en el sentimiento de soledad. (9)

Redes sociales: *“El apoyo social se ha relacionado con el hecho que la persona se sienta menos sola”*. (9)

Pueden ser de tres tipos: primarias (familia, amigos, vecinos); las suplentes o extra familiares (grupos de adultos mayores, asociaciones civiles, relaciones laborales) y redes institucionales como organizaciones de los sectores públicos. (9)

2.3.8 Soledad y salud

“La soledad tiene graves consecuencias para la cognición, la emoción, el comportamiento y la salud”. (15)

Soledad y salud, se manifiestan, como itinerarios bidireccionales, por un lado implican aumentar la vulnerabilidad a la enfermedad, o que la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad; o ser la causa de que la situación de la persona sola empeore por no contar con los apoyos necesarios. (6)

Mecanismos involucrados en el efecto acumulativo de la soledad incluyen cambios relacionados con la edad en la fisiología vascular, como: el aumento de la rigidez arterial, la disminución de la liberación de óxido nítrico de las células endoteliales, una mayor capacidad de factores de constricción en la respuesta vascular endotelial, aumentos de las catecolaminas circulantes, y las respuestas vasodilatadoras atenuadas a epinefrina circulante por la disminución de la sensibilidad beta-adrenérgicos en el músculo liso vascular. (15)

A su vez, estos mecanismos están influenciados por factores de estilo de vida, como: la dieta, la inactividad física, la obesidad, que alteran los lípidos sanguíneos y los procesos inflamatorios con consecuencias para el funcionamiento vascular y la salud. (15)

Entre las consecuencias de la soledad destaca la disminución de la capacidad de autorregulación: capacidad para regular los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento, que son importantes para lograr las metas personales o cumplir con las normas sociales. (15)

La soledad se considera como un factor de riesgo para innumerables condiciones de salud, como:

La enfermedad física y la soledad: El estrés crónico se relaciona con la soledad porque puede causar inflamación periférica de bajo grado, la que a su vez se ha involucrado en: enfermedades inflamatorias, como la diabetes, trastornos autoinmunes (la artritis reumatoide, el lupus) y enfermedades cardiovasculares como enfermedad cardíaca coronaria, hipertensión. (16)

Efectos genéticos:Según estudios los sentimientos de soledad y aislamiento social se asocian con mayor riesgo de enfermedad inflamatoria, debido a la alteración de la señal mediada por el receptor de transducción de glucocorticoides; fracaso del genoma celular a la señal enviada por los glucocorticoides circulantes, lo que permite procesos inflamatorios continuos sin control. (15)

“Existe evidencia consistente con la insensibilidad de glucocorticoides en las tasas de expresión génica en adultos mayores crónicamente solos frente a los conectados socialmente”. (15)

Los análisis del genoma revelaron que 209 transcripciones, de 144 genes distintos, fueron expresadas diferencialmente, con una sobre-expresión de marcadores de activación inmune y la inflamación (por ejemplo, las citoquinas pro-inflamatorias y mediadores de la inflamación) y sub-expresión de marcadores inhibidores del ciclo celular y un inhibidor potente de la transcripción pro-inflamatoria NF- κ B, en los genes de los que están solos en relación al grupo que está conectado socialmente. (15)

Efectos neuroendocrinos: *“La soledad se ha asociado con la excreción urinaria de concentraciones más altos de cortisol, y, en estudios más recientes, con mayores niveles de cortisol salivar o plasmático”.* (15)

Los cambios en los niveles de TPR (resistencia periférica total) sería el principal efecto neuroendocrino, que está influido por una variedad de procesos fisiológicos, como la actividad del sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo-hipofisario adrenocortical (HPA). (15)

En revisiones se señala que: *“adultos como niños que fueron socialmente aislados son más propensos a tener factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, incluyendo, presión arterial alta, sobrepeso, colesterol total alto, colesterol de lipoproteínas de alta densidad baja, hemoglobina glucosilada alta, bajo consumo de oxígeno, así como la elevación de las proteínas de alta sensibilidad C-reactiva (PCR-us)”*. (14)

Efectos en la inmunidad: La soledad según algunas investigaciones puede provocar alteración de la inmunidad celular como: menor número de células natural killer (NK) y menor actividad de títulos de anticuerpos contra el virus de Epstein Barr y virus del herpes humano. (15)

Demencia y Enfermedad de Alzheimer: La soledad se asocia con más de dos veces al riesgo de demencia, ya que existe una relación con la pérdida de la cognición en la vejez e incluso algunos autores la señalan como fase prodrómica de demencia. (16)

Disminución del control ejecutivo: La soledad también se relaciona con la disminución del control ejecutivo. (15)

“La soledad afecta el funcionamiento ejecutivo, ya que provoca hipervigilancia implícita de amenazas sociales”. (14)

Esta intensificación de la sensibilidad a las amenazas sociales puede provocar sesgos en la atención y la cognición hacia los aspectos negativos del contexto social, e influir en los comportamientos, interacciones sociales, y exacerbar los sentimientos de tristeza y soledad. (14)

Depresión: Las personas solitarias sufren de más síntomas depresivos, y tienden a ser menos felices, menos satisfechos y más pesimistas. (16)

La naturaleza causal de la asociación entre la soledad y los síntomas depresivos parece ser recíproco; la soledad predice aumentos en los síntomas depresivos durante intervalos de 1 año, pero síntomas depresivos no predicen aumentos en la soledad en esos mismos intervalos. (15)

Esta relación se debería al apego inseguro con tendencia a presentar una baja autoestima, dificultad o incapacidad para desarrollar y mantener relaciones con los demás, falta de habilidades para resolver problemas, y un concepto inestable de sí mismo. (16)

“La soledad se ha demostrado predecir los síntomas depresivos, la ideación y comportamiento suicida.” (14)

Sueño: *“La privación experimental del sueño tiene efectos adversos en el funcionamiento cardiovascular, el estado inflamatorio, y los factores de riesgo metabólicos; además, la duración del sueño corto se ha asociado con riesgo de hipertensión, calcificación arterial coronaria, y la mortalidad”*. (15)

El sueño no reparador (el sueño no refrescante a pesar de la duración del sueño normal) provoca alteraciones diurnas como la fatiga física e intelectual, alteraciones de conducta, problemas cognitivos y de memoria; esto a su vez ejerce un efecto pequeño pero significativo en los sentimientos de soledad al día siguiente, efectos independientes de la duración del sueño. (15)

En otras palabras, la misma cantidad de sueño es menos saludable en las personas que se sienten socialmente más aislados e, irónicamente, dormir menos saludable exacerba aún más los sentimientos de aislamiento social. (15)

Alcoholismo: La soledad es considerada como un contribuyente, al mantenimiento y factor de mal pronóstico en el desarrollo del abuso de alcohol; así mismo como un factor de riesgo fundamental en todas las etapas de alcoholismo. (16)

El duelo: Estudios reportan que el 86% de las viudas experimentan soledad por la ausencia de un cónyuge o un apoyo social. Se espera soledad cuando la persona experimenta la pérdida de alguien a quien estaban estrechamente unido, la misma que disminuye al aumentar la cantidad y el sistema de apoyo. (16)

Suicidio: Investigaciones sobre el suicidio, manifiestan que existe una fuerte asociación entre soledad y la ideación suicida e intentos de suicidio, los mismos que aumentan con el grado de soledad. (16)

Trastorno de la personalidad: Entre los trastornos de personalidad asociados con la soledad se encuentran: el trastorno límite de la personalidad y el trastorno esquizoide de la personalidad. La soledad aumentaría también otros síntomas del trastorno límite de la personalidad (TLP). (16)

Otros efectos

Los efectos de la Soledad son también evidentes en un estudio de mortalidad, así en el estudio de Salud y Jubilación; la mortalidad por cualquier causa en 4 años de seguimiento fue predicho por la soledad, y el efecto fue mayor en los adultos crónicos que los situacionalmente solitarios. (15)

“La soledad es un factor de riesgo identificable y medible para la morbilidad y la mortalidad según el estudio “Loneliness in older persons”.” (13)

La soledad y el aumento de la soledad a través del tiempo predicen decrementos en la autopercepción de la salud, considerado como posible mecanismo por el que la soledad afecta la mortalidad. (18)

Por otra parte, algunas personas mayores pueden descubrir que enfermar es una solución para su soledad, las propias molestias se convierten en el centro de su atención y en la estrategia para atraer a sí a las personas queridas o cuidadores profesionales. (6)

2.3.9 Instrumentos utilizados para la medición de soledad

Tabla No 1. Instrumentos para medición de soledad

NOMBRE DE ESCALA	AUTOR	CARACTERISTICAS	PROPIEDADES PSICOMETRICAS	VALORACION SOLEDAD
De Jong Gierveld	Jong-Gierveld (1987)	11 ítems (6 miden soledad emocional;5 soledad social)	$\alpha = 0.7$ a 0.76 para soledad emocional	Soledad emocional y social.
Escala de Soledad UCLA: Universidad de California en Los Ángeles	Russell (1996)	Medición global del sentimiento de soledad como estructura unidimensional 20 ítems , puntúan entre 1 (nunca) y 4 (siempre)	$\alpha = 0,92$	Subjetiva: sí Objetiva: sí
Escala SELSA: Social and Emotional Loneliness Scale for Adults-Short	DiTommaso y Barry Spinner, (1992)	Mide la soledad emocional y social. Consta de 37 ítems Tres subescalas: escala romántica, subescala de relaciones con la familia y subescala de relaciones con los amigos	Consistencia interna de 0,89	Objetiva: sí Subjetiva: sí
Escala ESLI: Emotional and	Oshagan y Allen, 1992	Formada por dos subescalas que valora las relaciones sociales y la soledad emocional	$\alpha = 0.78$	Objetiva: sí Subjetiva: sí

Social Loneliness Scales.				
IMSOL	Montero (1999)	36 ítems, evalúa soledad dividido en 4 subescalas: déficit de afecto proveniente de amigos, familia y compañeros de trabajo y bienestar emocional. 20 ítems para medir conductas de afrontamiento de soledad, se divide en 6 subescalas: evitación, religiosos, aceptación, re-interpretación positiva, apoyo emocional y manifestación de emociones	Bienestar emocional $\alpha=0,94$ Amigos $\alpha=0,80$ Pareja $\alpha=0,85$ Compañeros de trabajo $\alpha=0,80$ Conductas de afrontamiento: Evitación $\alpha=0,72$ Apoyo religioso $\alpha=0,90$ Apoyo socioemocional $\alpha=0,83$ Expresión emociones $\alpha=0,75$ Reinterpretación $\alpha=0,77$ Aceptación $\alpha=0,77$	
IMSOL-AM	Montero y Rivera-Ledesma (2009)	20 ítems divididos en 2 subescalas: alineación familiar e insatisfacción personal.	$\alpha=0,92$	
Escala ESTE de Soledad	Rubio y Aleixandre, 1999	Escala constituida a partir de las siguientes escalas: Escala UCLA; Escala SELSA: Escala ESLI y la Escala de satisfacción vital de Philadelphia Mide 4 factores -Soledad familiar -Soledad conyugal -Soledad social -Soledad existencial o crisis de adaptación	$\alpha=0,92$	Objetiva: sí Subjetiva: si
Escala de Satisfacción vital de Philadelphia	Lawton 1972	-Basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico. Consta de 17 ítems		Objetiva: si Subjetiva: si

Fuente: Detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. (8)(10)

Se estima como objetividad la valoración de apoyo familiar y apoyo social; y como subjetividad la valoración del sentimiento de soledad.

Tabla No 2. Instrumentos de medición de Soledad analizados según el enfoque objetivo y subjetivo.

Instrumentos	Sentimiento soledad	Apoyo familiar	Apoyo social
Escala de soledad UCLA	x	X	X
Escala SELSA	x	X	X
Escala ESLI	x	X	X
Escala ESTE de soledad	x	X	X
Escala Filadelfia	x	-	-

Fuente: Detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. (8)

2.4 Escala ESTE

“Rubio y Aleixandre en España (1999) diseñaron la Escala de Soledad [ESTE] a partir de las Escalas UCLA, la ESLI, la SELSA y Satisfacción Vital de Philadelphia”. (3)

Es un instrumento confiable para el estudio del sentimiento de soledad en el adulto mayor y puede ser de gran utilidad para conocer la realidad de los adultos, con una buena consistencia interna de los ítems medida por el alfa de Cronbach, llegando a 0.90 para el total de la escala, al igual que su reproductibilidad medida con el coeficiente de correlación de Spearman 0.88. (11)

La escala se encuentra validada en la población adulta en España, Colombia, Chile, Puerto Rico, Paraguay. (12)

La escala ESTE en Latinoamérica fue validada en Colombia en el año 2010 por Cardona y colaboradores; está compuesta por cuatro factores: la soledad familiar, la soledad conyugal, la soledad social; y la crisis de adaptación. (9)

La escala ESTE en versión española consta de 34 preguntas; en la adaptación cultural, se citan 30 preguntas. La valoración de las preguntas en sentido positivo es la siguiente: Siempre (1), Muchas veces (2), Algunas veces (3), Rara vez (4) y Nunca (5). La valoración de las preguntas en sentido negativo: Siempre (5), Muchas veces (4), Algunas veces (3), Rara vez (2) y Nunca (1). (11)

La soledad familiar es examinada con 4 ítems; la conyugal con 5, la social con 8 y la crisis de adaptación (soledad existencial) con 13, para un total de 30. Mientras menos puntaje, menor es la soledad. Aun no hay puntos de corte definidos para su clasificación, aunque en España se considera como puntos de corte para evaluar el grado en cada factor en baja, media y alta. (9)(10) (11)

2.4.1 Factores medidos en la escala ESTE:

La soledad familiar: relacionada con el vínculo de la familia. La familia se convierte en un referente importante para las futuras construcciones que establezca y como fuente de apoyo, siendo para muchos autores un apoyo importante que a los adultos mayores les hace sentirse útiles. (11)

La soledad conyugal: constituye la relación afectiva que se tiene con una pareja, tanto de las vivencias que se perciben en el subsistema conyugal como las vividas en el subsistema parentofilial. (11)

La soledad social: se relaciona con el contacto que se tiene con otras personas, que le permite compartir ideas, sentirse importante, escuchado y con un lugar dentro de la sociedad. Las necesidades básicas sociales son: pertenencia a un grupo, integración en el grupo e identificación con él. (11)

Crisis de adaptación o Soledad existencial: concerniente a la forma como el adulto mayor se percibe a sí mismo, ligada con su autoestima, creencias y hábitos. El adulto mayor atraviesa cambios biológicos, sociales, familiares, siendo la forma como él se visualiza la que le dará significado a estos cambios. (11)

2.5 Cuestionario de salud SF36

El Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992, Estados Unidos, su desarrollo y proceso de validación, ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994. (25)

Es útil para establecer el estado de salud, o evaluación de la CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) genérica, detecta estados tanto positivos, negativos de salud, así como la salud física y salud mental. (22)(23)

Entendiendo a calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como la satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, sociales y psicológicos de su vida, en la medida que éstos se ven afectados por su salud.(23)

“La Organización de Naciones Unidas (ONU) plantea que son componentes de la calidad de vida (CV) esferas como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos”. (23)

Existen varias versiones de la encuesta en castellano, que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras, México, población México-norteamericana de Estados Unidos y Cuba. (23)

El cuestionario SF36 consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general (22)

Los ocho dominios del estado de salud se agregan en el resumen del componente físico y resumen del componente mental. (24)

Los dominios de funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), y salud general (SG) se correlacionan más altamente con el resumen del componente físico , mientras que la salud mental (SM), rol emocional (RE), vitalidad (VT) y el funcionamiento social (SF) se correlacionan más altamente con puntuaciones del Resumen componente mental .(24)

“Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.” (26)

2.5.1 Descripción de las dimensiones de Salud medidas por SF-36

Función Física (FF): valora las limitaciones para realizar todo tipo de actividad física de la vida diaria , como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, transportar cargas y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas) (22)(25)

Rol físico (RF): constituye el grado en que la falta de salud influye en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas). (22)(25)

Dolor corporal (DC): Evalúa la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas). (22)(25)

Salud General (SG): Valoración personal del estado de salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 preguntas). (22)(25)

Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento o desanimo (4 preguntas). (22)(25)

Función Social (FS): Grado de interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas). (22)(25)

Rol Emocional (RE): Evalúa problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas). (22)(25)

Salud Mental (SM): Estimación de la salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas). (22)(25)

También se incluye en el cuestionario SF-36, como pregunta el Estado de transición (ET), cuya respuesta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud en el último año, estima la variación promedio de la situación de salud durante el año anterior a la aplicación de la encuesta. (25)

Las preguntas o ítems que se respondan con 3 opciones de respuestas, se marcan con los valores 0–50–100; las que tienen 5 opciones de respuestas: 0–25–50–75–100; con 6 opciones de respuestas: 0–20–40–60–80–100. (22) (23)

Los 36 ítems tienen categorías con un recorrido de 0 a 100 (de la menor a la mayor calidad posible) o viceversa. (22) (23)

Marcada la respuesta y asignación del código numérico que le corresponde, se promedian para crear los puntajes de la(s) dimensión(es); un valor incluido en el recorrido de la escala de 0 a 100, con punto de corte en 50, que por encima y por debajo de este indica estados positivos o negativos de salud, tanto mejor mientras más se acerque al valor de 100, y tanto peor mientras más se acerque al valor de 0. (22) (23)

2.6 El Centro Medico Tierra Nueva

El Centro Medico Tierra Nueva ubicado en el Sur de Quito, es parte de la Fundación Tierra Nueva, cuya visión es *“prestar servicios de calidad y eficientes con énfasis a los grupos de atención prioritaria en las áreas de protección social, educación y salud con calidez y humanismo”*.

Cuenta con servicios de consulta externa (especialidades: traumatología, medicina familiar, medicina interna, psicología, dermatología, ginecología, pediatría, nutrición), consulta de Medicina Alternativa (acupuntura, reiky, homeopatía, biomagnetismo), consulta de enfermedad crónica, centro de Atención Diurna del Adulto Mayor, Terapia Física, servicio de imagen, farmacia.

Según los datos estadísticos del año 2014 se atendieron 47 171, pacientes procedentes de los diferentes sectores de Quito, de estos 19 659 fueron mayores de 65 años en el año 2014.

CAPÍTULO III.

MÉTODOS

CAPÍTULO III. MÉTODOS

3.1 Justificación del Planteamiento del problema

Es relevante el estudio del problema de investigación, dado la importancia que tiene para el país, el aumento de las cifras de envejecimiento, que pasa a ser un sector mayoritario de la población, además de un aumento en la esperanza de vida, implicando una mayor inversión en políticas públicas y recursos del Estado.

Este fenómeno del envejecimiento individual y demográfico a nivel Mundial y Nacional trae consigo repercusión familiar, social, económica y de salud.

En el envejecimiento es frecuente experimentar una serie de vivencias y cambios que pueden ayudar la aparición del sentimiento de soledad.

El concepto de soledad está empezando a ser reconocido como una entidad separada de aislamiento social y pocos estudios lo han examinado como un factor de riesgo independiente, sin embargo la soledad es un importante contribuyente al sufrimiento humano.

“La consideran como un problema de salud pública; ya que se relaciona directamente con la salud humana y el bienestar, siendo definido por muchos, incluidos los adultos mayores, como un problema específico de la vejez”. (9)

La soledad favorece y tiene como consecuencia la aparición de enfermedades. Las personas solas se enferman más debido a que se producen quiebres en su sistema inmunitario y demora de su recuperación.

El uso racional de los recursos dedicados a la atención a estas personas y a las acciones de promoción y prevención para un envejecimiento y una vejez satisfactoria, además de la mantención de la vinculación familiar, aparece como un tema relevante de conocer y como alternativa de solución.

Salir al paso de la soledad no es exclusivamente una responsabilidad de la persona mayor o de la familia, sino de la sociedad en su conjunto. Por lo que se debe ante este problema generar y desarrollar programas terapéuticos y control de la soledad con el fin de detectarla, neutralizarla y sobre todo prevenirla.

3.2 Formulación del problema

Pregunta: El sentimiento de Soledad puede afectar el estado de salud de los adultos mayores que acuden a las diferentes áreas del Centro Médico Tierra Nueva?

3.3 Objetivos:

3.3.1 General

Analizar la influencia del sentimiento de soledad y el estado de salud de los pacientes adultos mayores que acuden a las diferentes áreas del Centro Médico Tierra Nueva.

3.3.2 Específicos

Determinar las características personales de los adultos y adultas mayores que asisten a las áreas con las que cuenta el Centro Médico Tierra Nueva (consulta externa-morbilidad, consulta de Medicina Alternativa, consulta de enfermedad crónica, centro de Atención Diurna del Adulto Mayor, Terapia Física, servicio de imagen, farmacia (Medicinas)), según: edad, sexo, nivel de educación (primario, secundario, ninguno), estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado), ocupación, convivencia (vive con hijos, pareja, solo u otro familiar), tipo de vivienda (propia y arrendada).

Identificar las patologías más frecuentes que presentan en los adultos mayores que asisten a las áreas con las que cuenta el Centro Médico Tierra Nueva (consulta externa-morbilidad, consulta de Medicina Alternativa, consulta de enfermedad crónica, centro de Atención Diurna del Adulto Mayor, Terapia Física, servicio de imagen, farmacia (Medicinas)).

Definir los tipos de soledad (soledad familiar, conyugal, social, existencial o crisis de adaptación), y el estado de salud en sus componentes físico y mental (peor y mejor estado de salud) que presentan las personas adultas mayores que asisten al Centro Médico Tierra Nueva.

Analizar la asociación del sentimiento de soledad (tipos de soledad) con variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, convivencia, vivienda).

Comparar la relación del sentimiento de soledad (tipos de soledad alta) y el estado de salud en su componente físico y mental (peor y mejor estado de salud) con la participación o no de actividades del Centro de Atención Diurna del adulto mayor del Centro Médico Tierra Nueva.

3.4 Hipótesis

El sentimiento de soledad afecta el estado de salud de los adultos mayores que asisten a las áreas con las que cuenta el Centro Médico Tierra Nueva (consulta externa-morbilidad, consulta de Medicina Alternativa, consulta de enfermedad crónica, centro de Atención Diurna del Adulto Mayor, Terapia Física, servicio de imagen, farmacia (Medicinas)).

Las variables socio demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, convivencia, tipo de vivienda se asocian con el sentimiento de soledad de los adultos mayores del Centro Médico Tierra Nueva.

Los adultos mayores que no asisten al centro de Atención Diurna del adulto mayor del Centro Médico Tierra Nueva tienen mayor predisposición a tener sentimiento de soledad.

3.5 Muestra

De 178 adultos mayores, 175 (98%) participaron en la encuestas; 10 fueron tomados para la prueba piloto, y 3 se negaron a participar en el estudio.

Para una Confiabilidad del 93%, error 7%, se calcula una muestra de 165 personas, que fueron incluidas en el estudio.

La muestra incluye pacientes adultos mayores que acuden a las áreas con las que cuenta el Centro Médico (consulta externa-morbilidad, consulta de Medicina Alternativa, consulta de enfermedad Crónica, centro de Atención Diurna del Adulto Mayor, Terapia Física, servicio de imagen, farmacia (Medicinas)), previo consentimiento informado y autorización del Centro Médico Tierra Nueva.

3.5.1 Calculo de la muestra

Para el cálculo de tamaño de muestra se aplicó la siguiente formula:

Formula:

$$n = \frac{(z)^2 p. q. N}{N(e)^2 + (z)^2 p. q}$$

Z= nivel de confianza

1.81 (Confiabilidad del 93%, error 7%)

P= probabilidad a favor 0.50

q = probabilidad en contra 0.50

N= universo 19659

E= error de estimación 7%= 0.07

n = tamaño de la muestra

Confiabilidad del 93%, error 7%

$$n = \frac{(1.81)^2 (0.5) (0.5) (19659)}{(19659) (0.07)^2 + (1.81)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{16101.2125}{97.148125} \quad n = 165$$

-19659: total de pacientes adultos mayores que acudieron al Centro Médico Tierra Nueva, año 2014.

3.5.2 Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta: pacientes con edad de 65 y más años, no institucionalizados, con capacidad mental para responder las encuestas y su respectivo consentimiento informado para participar en el estudio.

La capacidad cognitiva, fue medida a través de preguntas del Mini mental test (preguntas seleccionadas), y se excluyeron pacientes con diagnóstico de demencia y depresión, aplicando la Escala de depresión geriátrica (Cuestionario Corto), para aquellos que presentaron síntomas asociados.

3.6 Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo transversal analítico.

Los estudios transversales son diseños observacionales, que suelen tener un doble componente: descriptivo y analítico.

El diseño transversal además de estimar la prevalencia de un evento en salud, se utiliza para investigar la asociación entre una determinada exposición y una enfermedad. En este último caso se conocen como estudios transversales analíticos.

3.7 Operacionalización de variables

Tabla No 3. Operacionalización de las variables del estudio.

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
ADULTO MAYOR	Ninguna	Personas adultas mayores que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.	Ninguna	Número de personas de la tercera edad.
Factores demográficos	Edad	Cualquiera de los periodos en que se considera divide la vida de una persona	Distribución porcentual por grupos de edad Medidas de estadística descriptiva (media, mediana, moda).	-65-74 años -75-84 años -85 y mas
	Estado civil	Situación de las personas adultos mayores determinada por sus relaciones de familia	Distribución porcentual de estado civil	-Soltero -Unión Libre -Casado -Separado -Divorciado -Viudo
	Genero	Individuos de la especie humana, según sexo biológico	Distribución porcentual de acuerdo al genero	-Femenino -Masculino

Factores socioculturales	Nivel educativo	Etapa de formación de los individuos en la que se desarrollan las habilidades del pensamiento	Porcentaje de adultos mayores en su nivel de educación	-Ninguna -Primaria -Secundaria -Universitaria
	Convivencia	Acción de convivir. Personas con las que convive	Distribución porcentual de adultos mayores con quien conviven	-Sola/o -Pareja -Familiar
	Vivienda	Lugar cerrado y cubierto , construido para que sea habitado por las personas adultas mayores	Distribución porcentual del tipo de vivienda.	-Propia -Arrendada
Factores económicos	Ocupación	Actividad dentro de la sociedad	Distribución porcentual de ocupación de los adultos mayores	-QQDD. -Ninguno -Jubilado -Otro
Soledad	Soledad familiar Soledad social Soledad conyugal Crisis de adaptación	Sentimiento subjetivo relacionado con un déficit en las relaciones interpersonales, es el “sentirse solo”	Distribución porcentual de: -Soledad familiar (alta, media, baja) -Soledad social(alta, media, baja) -Soledad conyugal (alta, media, baja) -Crisis de adaptación (alta, media, baja)	Sentido negativo (1)Nunca, (2) Rara vez, (3) Alguna vez, (4) A menudo (5) Siempre Sentido positivo (1)Siempre, (2) A menudo, (3) Alguna vez, (4) Rara vez (5) Nunca
Estado de salud	Componente de Salud Física	Evaluación de la condición de salud del individuo	Distribución porcentual de: -Salud general (mejor estado de salud, peor estado de salud)	1 Excelente 2 Muy Buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala 1Totalmente cierta 2Bastante cierta 3 No lo se 4 Bastante falsa 5 Totalmente falso
	Componente de salud Mental		-Función física	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco

			(mejor estado de salud, peor estado de salud) -Rol físico - Rol emocional (mejor estado de salud, peor estado de salud) -Dolor corporal (mejor estado de salud, peor estado de salud) -Vitalidad -Función social -Salud mental (mejor estado de salud, peor estado de salud) -Transición de salud (mejor estado de salud, peor estado de salud)	3 No, no me limita nada 1 Si 2 No 1 No, ninguno 2 Si, muy poco 3 Si, un poco 4 Si moderado 5 Si, mucho 6 Si, muchísimo 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca 1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año 3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año 5 Mucho peor ahora que hace un año
	Motivo por el que acude al Centro Medico Tierra Nueva	Demanda del paciente por la que solicita atención sanitaria	Distribución porcentual del motivo por el que acude al centro Médico Tierra Nueva	-Consulta por morbilidad -Consulta de Medicina Alternativa -Terapia Física -Consulta de Enfermedad Crónica - Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor - Farmacia -Imagen

	Enfermedades frecuentes en los adultos mayores del Centro Médico Tierra Nueva	Alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, que padece el adulto mayor que atenta contra su bienestar	Distribución porcentual de la enfermedad que presenta el adulto mayor	Si No Cual: -Hipertensión Arterial -Diabetes -EPOC -Problemas de huesos (artrosis, osteoporosis, artritis) -Problemas Urinarios -Otros
--	---	--	---	--

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

3.8 Instrumentos de medida utilizados en el estudio

Para la recolección de la información se aplicó dos encuestas: la escala ESTE de medición de soledad y para establecer el estado de salud se utilizó el Cuestionario de Salud SF 36.

Escala ESTE

En la adaptación cultural de la escala ESTE, se citan 30 preguntas, para medición de cuatro factores soledad familiar, soledad conyugal, soledad social, crisis de adaptación y consta de preguntas en sentido positivo y negativo. (11)

Se valoró las preguntas en sentido positivo en: Siempre (1), Muchas veces (2), Algunas veces (3), Rara vez (4) y Nunca (5).

Y la valoración en sentido negativo fue: Siempre (5), Muchas veces (4), Algunas veces (3), Rara vez (2) y Nunca (1). Se utilizó esta valoración en la encuesta por la dificultad de interpretación del participante para posterior reasignación en el análisis. (9)(11)

Tabla No 4. Valoración de las preguntas en sentido positivo de escala ESTE

Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo-Muchas veces	Siempre
5	4	3	2	1

Tabla No 5. Valoración de las preguntas en sentido negativo de escala ESTE

Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo-Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

La soledad familiar se examinó con 4 ítems; la conyugal con 5, la social con 8 y la crisis de adaptación (soledad existencial) con 13, para un total de 30.

Tabla No 6. Preguntas incluidas en cada factor de la Escala ESTE.

Soledad	Soledad familiar	Soledad Conyugal	Soledad social	crisis de adaptación
Preguntas	8, 9, 10, 11*	2,3,4,5,6	13, 14, 15, 16,18, 19, 20, 21	1,7, 12,17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

*Pregunta en rojo - valoración en sentido positivo

Cada factor se clasificó de acuerdo al puntaje alcanzado en baja, media o alta, según los siguientes puntos de corte establecidos.

Tabla No 7. Puntos de corte de grados de Soledad de la Escala ESTE.

Categoría	Soledad familiar	Soledad Conyugal	Soledad social	crisis de adaptación
Baja	4—9	5—11	8--18	13--30
Media	10—15	12—18	19--29	31--48
Alta	16—20	19—25	30--40	49--65

Cuestionario SF36

El cuestionario SF36, con 36 ítems, explora con 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general, resumidas en un componente físico y mental. (25)

Tabla No 8. Preguntas incluidas en las diferentes dimensiones del Cuestionario SF36.

Estado de salud	Medida Componente Físico			
	Función física (FF)	Rol Física (RF)	Dolor Corporal (DC)	Salud general (SG)
Preguntas	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	13,14,15,16	21,22	1, 33, 34, 35, 36
	Medida Componente Mental			
	Vitalidad (V)	Función Social (FS)	Rol emocional (RE)	Salud Mental (SM)
Preguntas	23,27,29,31	20,32	17,18,19	24,25,26, 28,30
	Transición de salud (TS)			
Pregunta	2			

Los 36 ítems se califican con un recorrido de 0 a 100 (de la menor a la mayor calidad posible) o viceversa. (25)(22)

Las preguntas o ítems con 3 opciones de respuestas, se asignan con los valores: 0-50-100; las que tienen 5 opciones de respuestas: 0-25-50-75-100; con 6 opciones de respuestas: 0-20-40-60-80-100. (25) (22)

Obtenido el valor determinado para las 8 dimensiones, incluido en el recorrido de la escala: de 0 a 100, se asignó como punto de corte en 50, por encima y por debajo de estados positivos o negativos de salud, tanto mejor mientras más se acerque al valor de 100, y tanto peor mientras más se acerque al valor de 0. (25)

3.9 Plan de análisis

Para el análisis y la representación gráfica de los resultados se utilizó el programa SPSS versión 19 y Excel.

Los resultados se representaron en resúmenes numéricos: media, desviación típica, puntajes mínimos y máximos para variables cuantitativas, distribución de frecuencia para cualitativas o cuantitativas con pocos valores.

Para los primeros objetivos, se completó el análisis descriptivo univariante para variables sociodemográficos, motivo por el acude al Centro Medico, enfermedades, la soledad, y estado de salud.

Se comparó la asistencia o no de actividades del Centro de Atención Diurna del adulto mayor con soledad (grado alto) y estado de salud en sus dos componentes.

Para las correlaciones significativas, el análisis bivariado incluyo el cálculo de OR, intervalo de confianza, valor de p; para lo cual, se dicotimizo las variables con el fin de evaluar las relaciones entre soledad con los factores sociodemográficos y soledad con estado de salud.

La dicotimización comprende las siguientes variables:

Sentimiento de Soledad en grado de soledad familiar, conyugal, social y crisis de adaptación en: SI (media y alta), NO (baja).

Estado de Salud: componente físico (peor y mejor estado de salud); componente mental (peor y mejor estado de salud).

Edad: menor a 80 años y mayor a 80 años

Sexo: masculino y femenino.

Estado civil: con pareja (casados, unión libre) y sin pareja (solteros, viudos, separados, divorciados).

Nivel de educación: Bajo nivel de educación (ninguno, primaria) y alto nivel de educación (secundaria y universitaria).

Convivencia: vive solo; no vive solo (familiar)

Tipo de vivienda: propia y arrendada.

.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Perfil de la muestra

4.1.1 Resultados de Motivo de consulta por el que acude al Centro Medico Tierra Nueva.

Tabla No 9. Distribución porcentual según Motivo de consulta por el que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero-Mayo 2015

	Frecuencia	Porcentaje
-Consulta Externa – Morbilidad	40	24,2
-Consulta de Enfermedad Crónica	19	11,5
-Consulta de Medicina Alternativa	5	3,0
-Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor	44	26,7
-Terapia Física	52	31,5
-Servicio de imagen	2	1,2
-Farmacia (Medicinas)	3	1,8
Total	165	100,0

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

El 31,5 % de los participantes fueron del área de Terapia Física, el 26,7 % pertenece al Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor, el 24,2 % a consulta Externa por morbilidad, el 11,5 % a consulta de Enfermedad Crónica y un 3 % y 2% a farmacia e imagen respectivamente.

4.1.2 Descripción de resultados de variables sociodemográficas

Edad

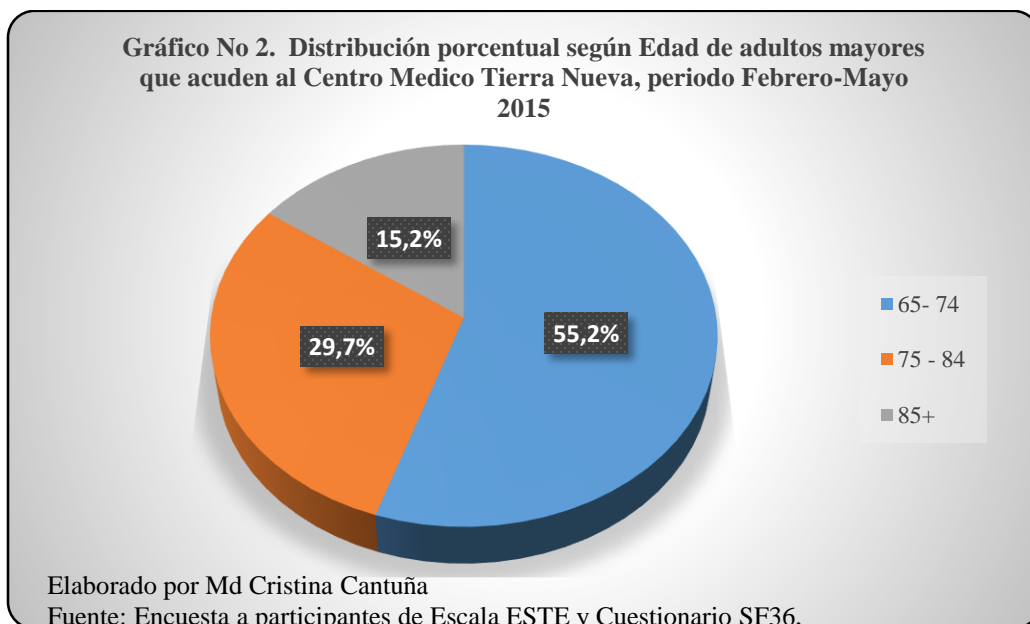


Tabla No 10. Valores Estadísticos de Edad

Media	74,6
Mediana	73,0
Moda	65
Desviación estándar	8,027
Mínimo	65
Máximo	96
N	165

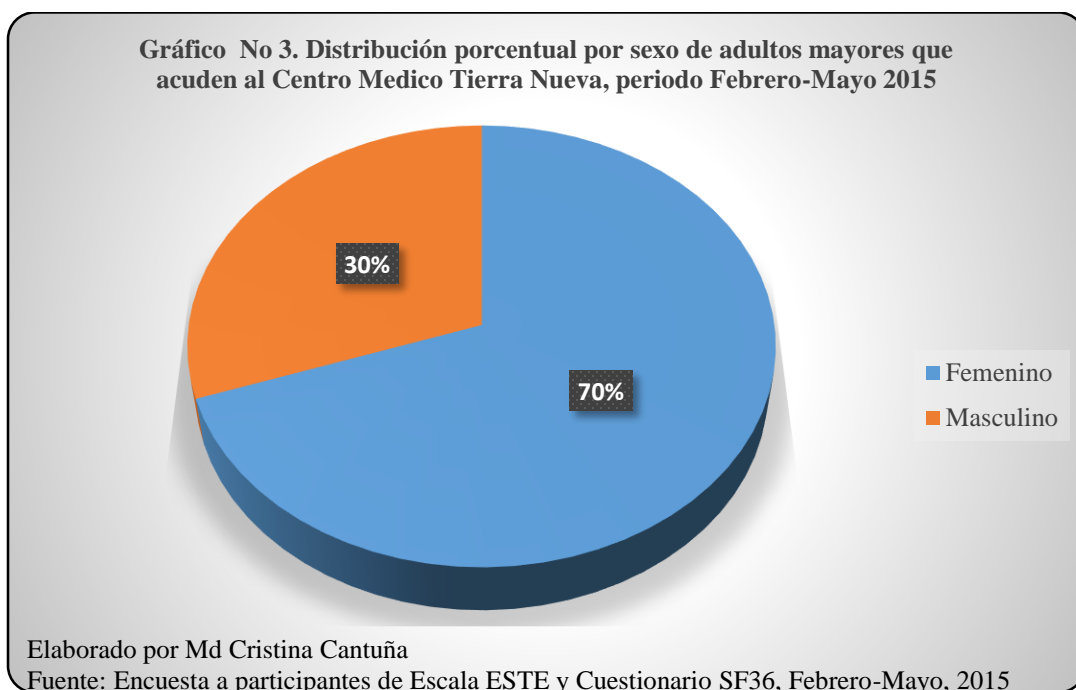
Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

El 55,2% de la muestra tenía una edad entre 65 y 74 años, un 29,7% entre 75 y 84 años y solo un 15,2% sobre los 85 años.

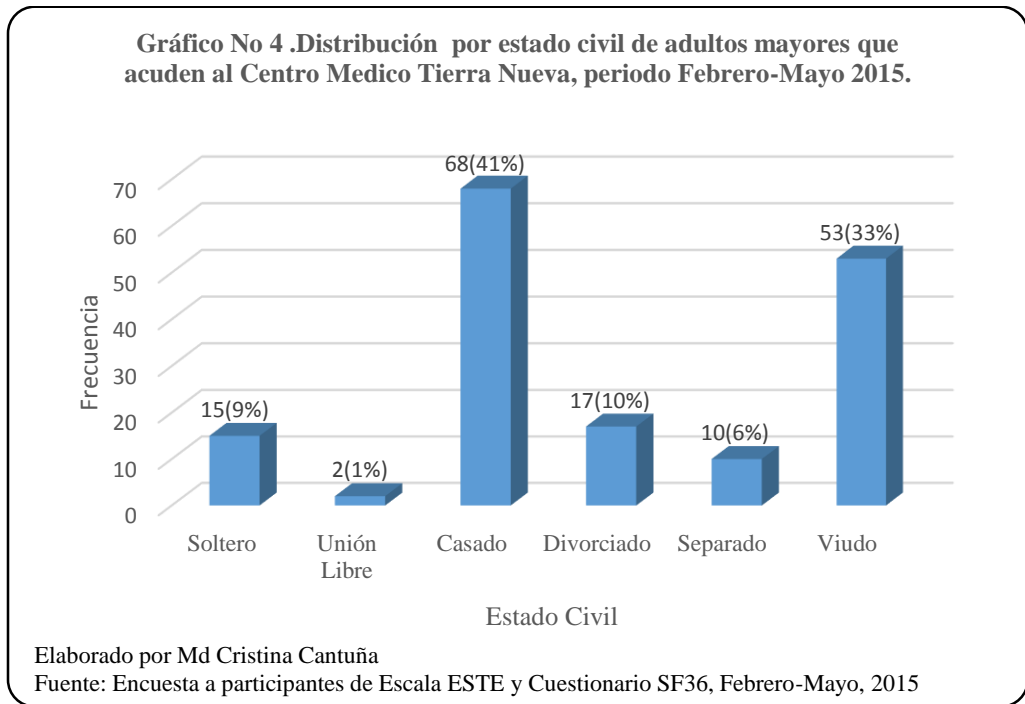
La edad media fue 74, 6 años, con una desviación estándar de 8; una mediana de 73 años; la edad mínima fue de 65 años y la máxima de 96 años.

Sexo



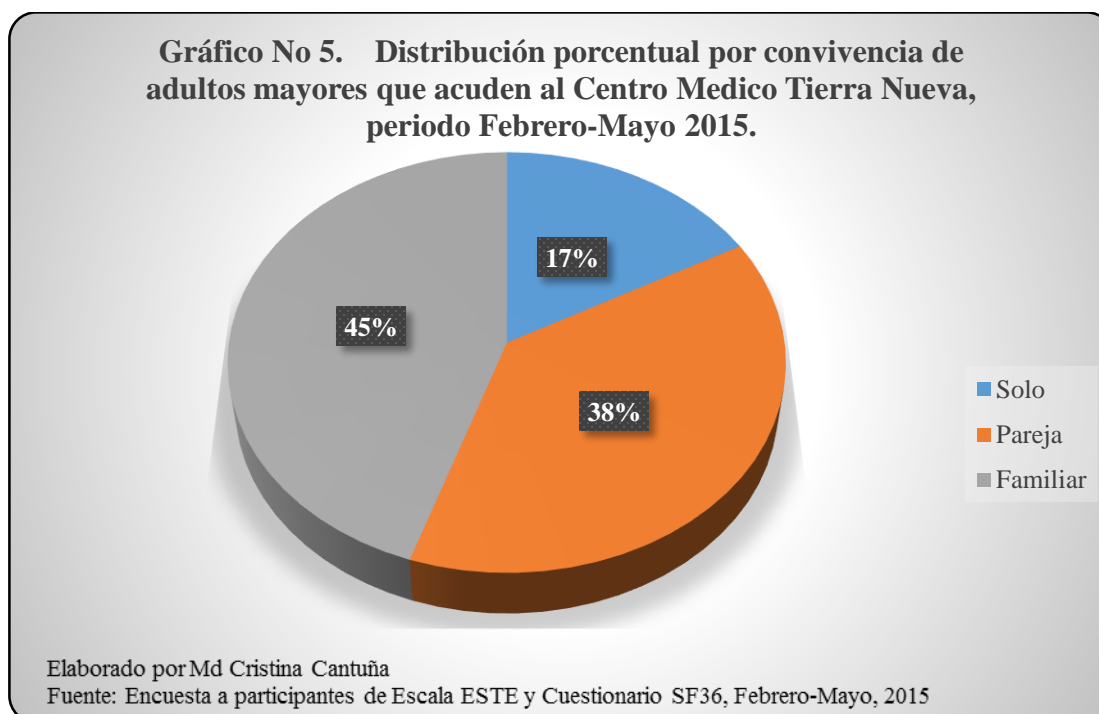
De los adultos mayores encuestados el 70 % eran mujeres y el 30% hombres.

Estado civil



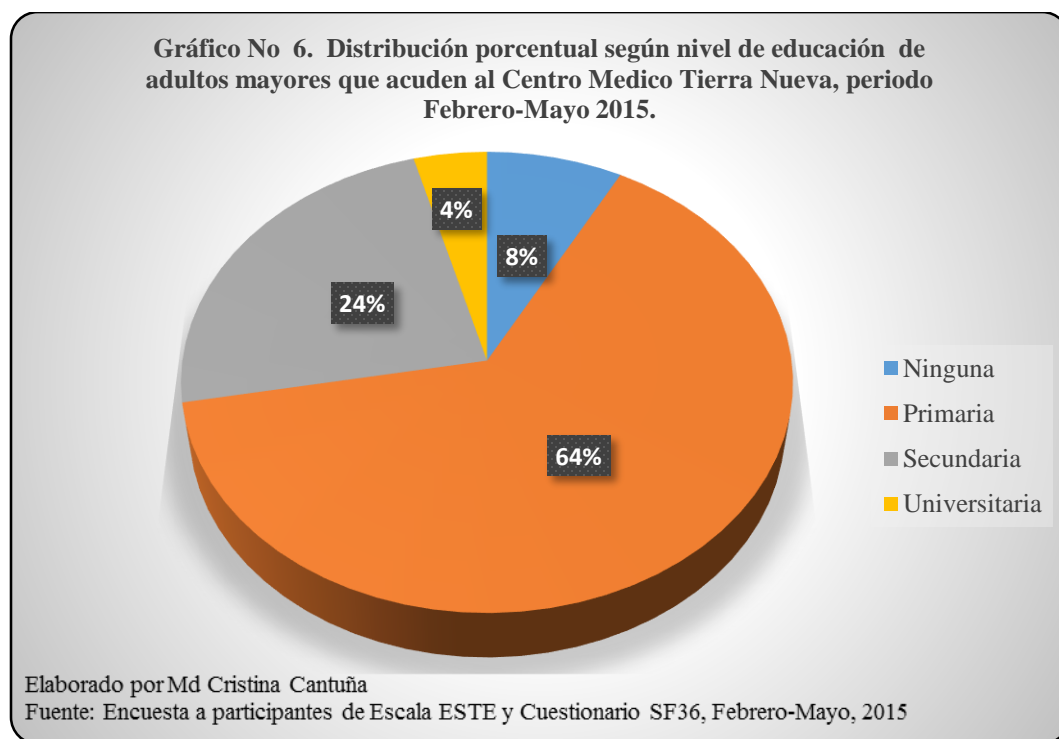
Con respecto al estado civil, el 41% de la muestra era casado, un 33% viudo, un 10% divorciado, el 6% separado, un 1% vivía en unión libre y un 9 % eran solteros.

Convivencia



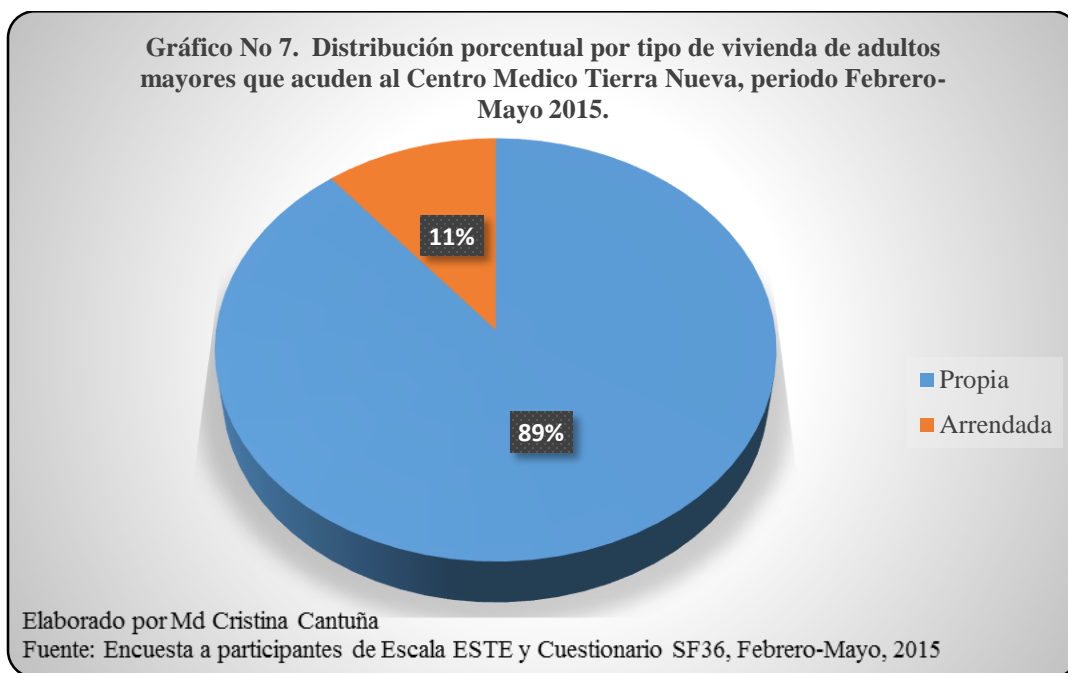
El 45 % de los adultos mayores vivían con un familiar, sea este hijo, nieto u otro familiar, el 38% con su pareja, y el 17% solos.

Nivel de educación



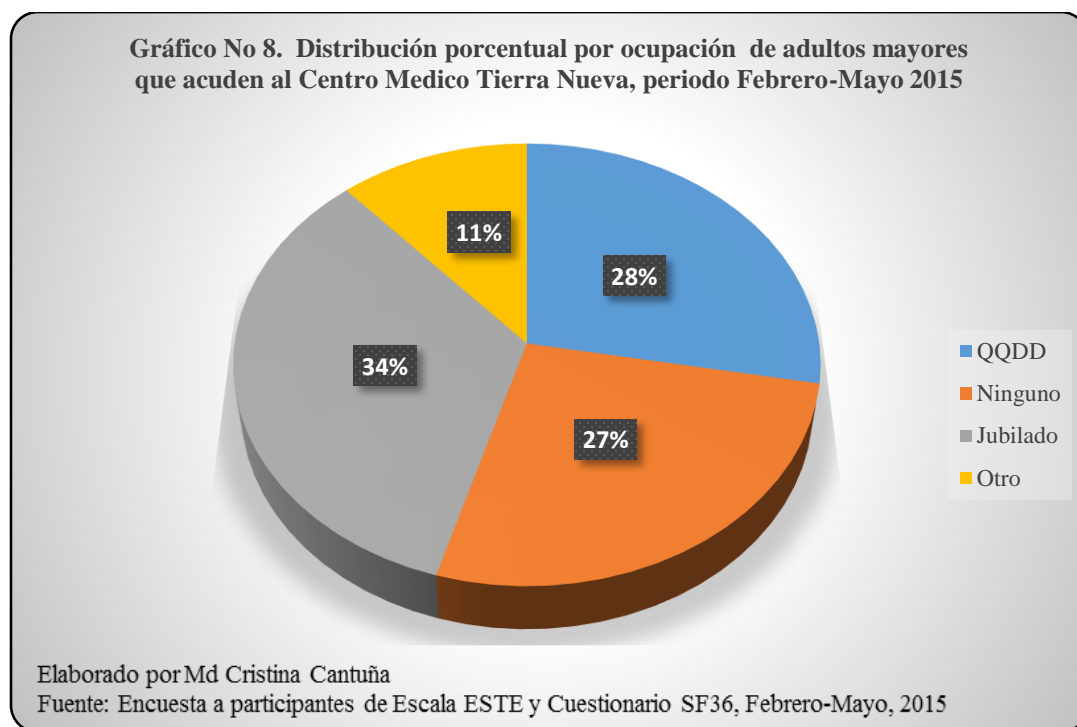
El 64 % de los encuestados tenía instrucción primaria, el 24% instrucción secundaria, un 4 % universitaria y un 8% ninguna.

Tipo de vivienda:



El 89% de los adultos mayores encuestados habitaba en vivienda propia mientras que el 11% vivía en casa arrendada.

Ocupación



Un 34% de la muestra son jubilados; un 28% se dedica a quehaceres domésticos; un 11% realiza otras actividades como comerciantes, negocio propio-tienda, profesores; un 27% no realiza ninguna actividad.

4.2 Resultados de enfermedades más frecuentes

Tabla No 11. Enfermedades en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero -Mayo 2015.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
			Inferior	Superior
Hipertensión Arterial	58	35,2	0,28	0,43
Diabetes	37	22,4	0,16	0,29
EPOC	3	1,8	0	0,04
Problemas de Huesos	62	37,6	0,3	0,45
Problemas Urinarios	5	3,0	0	0,06
Otros	89	53,9	0,46	0,62

EPOC-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Problemas de huesos -artrosis, osteoporosis

Problemas Urinarios- Hipertrofia Prostática, Incontinencia Urinaria

Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

La patología más frecuente fueron los problemas en los huesos, con un 37,6% de los cuales destaca artrosis principalmente, luego osteoporosis; un 35,2% de los participantes presento Hipertensión Arterial; un 22,4% diabetes, 3% presento problemas urinarios, como hipertrofia prostática, incontinencia urinaria, cáncer de próstata; un 1,8% presento EPOC (Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva) y en “otras” enfermedades se encuentran pacientes que además de las enfermedades señaladas presentan hipotiroidismo, gastritis, Parkinson.

4.2.1 Descripción de enfermedad, por motivo de consulta que acude al Centro Medico Tierra Nueva

Enfermedades frecuentes en las diferentes áreas del Centro Medico Tierra Nueva

Tabla No 12. Distribución de Enfermedades frecuentes en los adultos mayores y motivo de consulta por el que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015

		Hipertensión Arterial	Diabetes	EPOC	Problemas de Huesos	Problemas Urinarios	Otros
Motivo de Consulta	Consulta Externa – Morbilidad	11	2	0	13	0	17
	Consulta de Enfermedad Crónica	13	16	1	6	1	3
	Consulta de Medicina Alternativa	2	1	0	2	0	1
	Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor	14	11	1	15	3	28
	Terapia Física	16	6	1	24	1	40
	Servicio de imagen	0	0	0	1	0	0
	Farmacia (Medicinas)	2	0	0	1	0	0

EPOC-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Problemas de huesos -artrosis, osteoporosis

Problemas Urinarios- Hipertrofia Prostática, Incontinencia Urinaria

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

En consulta externa por morbilidad prevalecen los problemas de huesos (artrosis, osteoporosis), seguido de hipertensión arterial, y 17 de los encuestados presentaron además otras enfermedades (hipotiroidismo, gastritis).

La enfermedad de mayor frecuencia en consulta de enfermedad Crónica fue diabetes, seguida de hipertensión, problemas de huesos (artrosis, osteoporosis), 3 de los participantes presento aparte otras enfermedades.

En medicina alternativa de los cinco participantes 2 tuvieron hipertensión arterial, dos problemas de huesos (artrosis, osteoporosis), y uno diabetes.

Problemas de huesos (artrosis, osteoporosis, fracturas) fue el problema de salud frecuente en el Centro de Atención Diurna y Terapia Física, seguido de hipertensión arterial y diabetes.

En imagen uno de los participantes presento problemas de huesos (artrosis).

Dos de los participantes de Farmacia presento hipertensión Arterial y uno problemas de huesos (artrosis, osteoporosis).

4.3 Descripción de resultados de la variable soledad de la Escala ESTE

La variable soledad se determinó mediante la aplicación de la escala ESTE validada en España, Colombia, Chile, Puerto Rico, Paraguay.

La escala ESTE mide soledad familiar, conyugal, social y crisis de adaptación, las mismas están distribuidas en alta, media y baja de acuerdo a los ítems contestados.

Tabla No 13. Factores de Soledad de la Escala ESTE en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero -Mayo 2015.

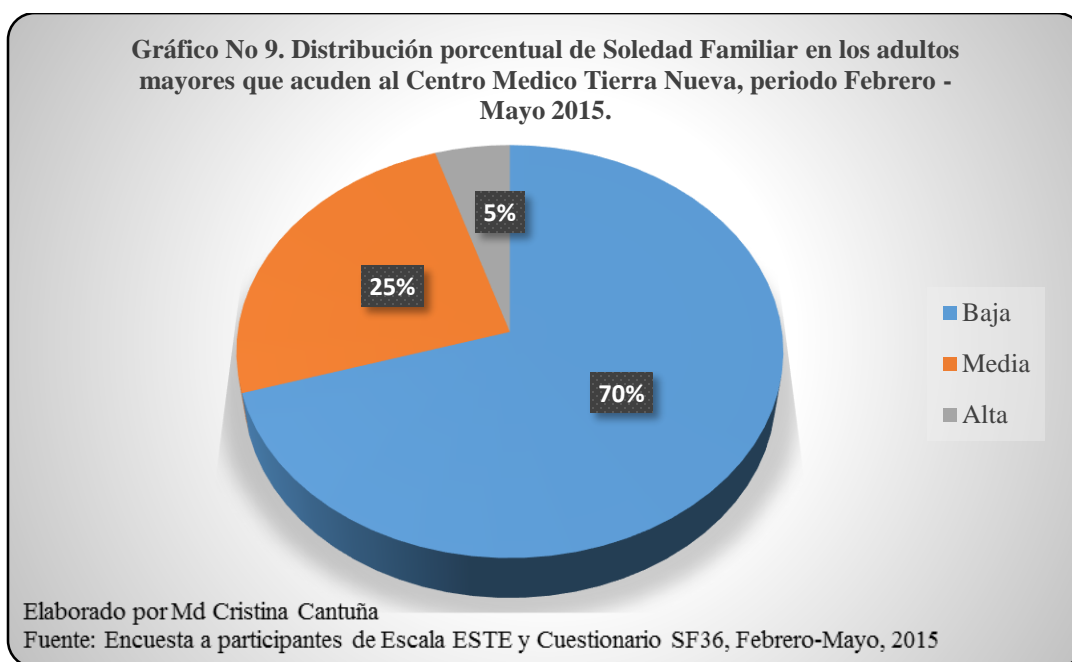
Soledad		Recuento	% del N de columna
Familiar	Baja	116	70,3%
	Media	41	24,8%
	Alta	8	4,8%
Social	Baja	39	23,6%
	Media	86	52,1%
	Alta	40	24,2%
Soledad Conyugal	No contesta	95	57,6%
	Baja	151	33,9%
	Media	11	6,7%
	Alta	3	1,8%
Crisis Adaptación	Baja	50	30,3%
	Media	98	59,4%
	Alta	17	10,3%

Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

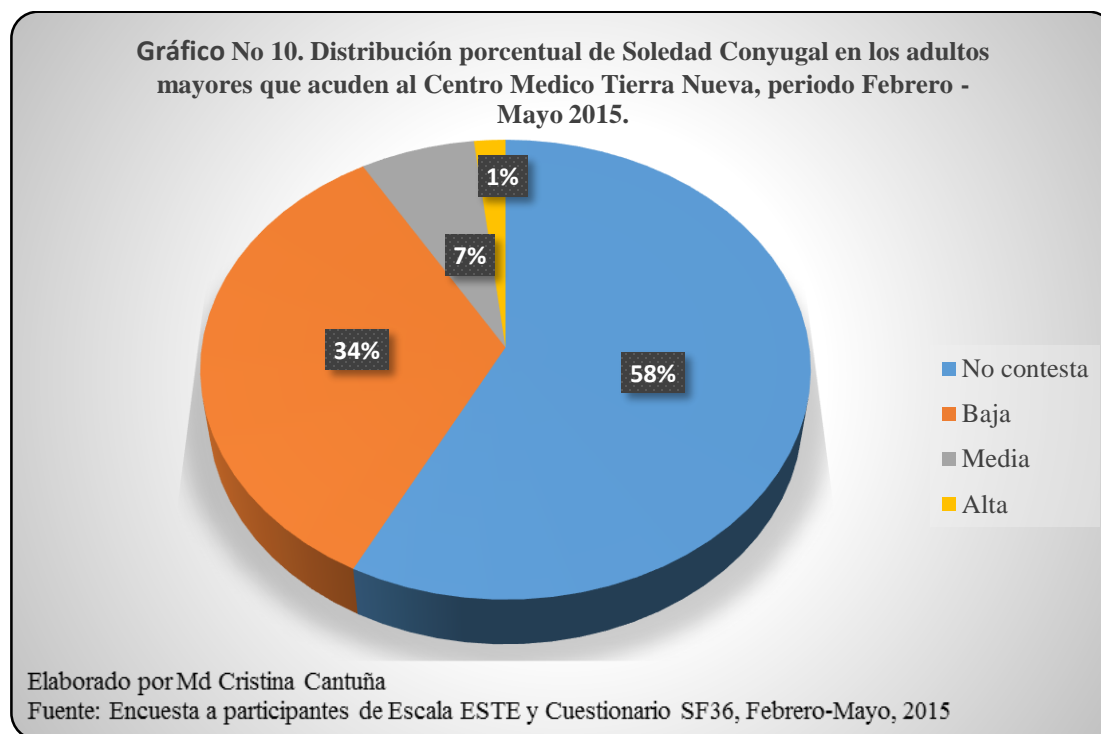
A continuación los gráficos de No 10 a 13 representan cada uno de los tipos de Soledad.

Soledad familiar



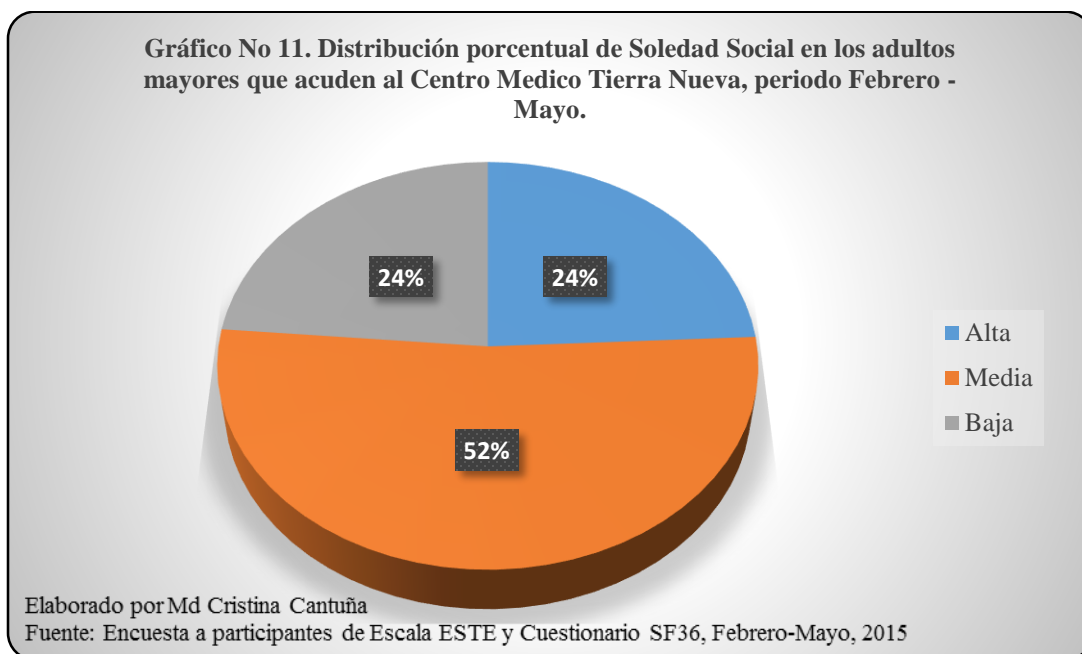
El 70% de los encuestados tenían Soledad familiar baja, un 25% media y un 5% soledad familiar alta.

Soledad conyugal



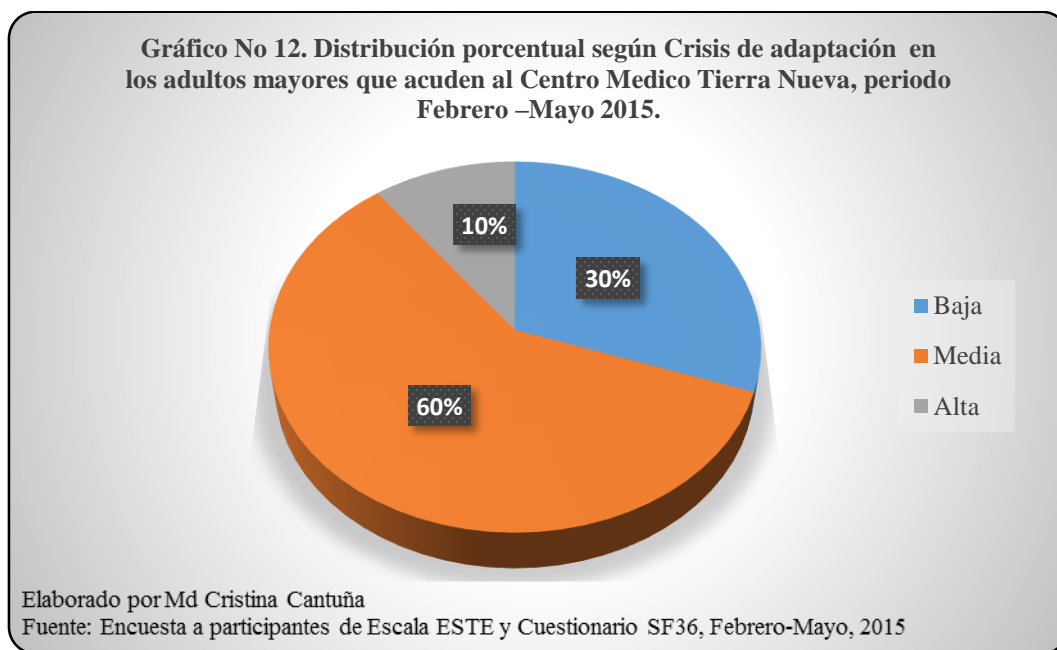
Fueron 56 adultos mayores que corresponde a un 34% que presentaron soledad conyugal baja, 95 de los encuestados son viudos, separados, divorciados, solteros que no contestaron estos ítems; un 7% presento soledad conyugal media y un 1% tuvo baja.

Soledad social



El 52% de la muestra presento soledad social media, un 24% soledad social alta y un 24% tuvo soledad social baja.

Crisis de adaptación



El 60% de los participantes presentó crisis de adaptación media, un 30% baja y un 10% crisis de adaptación alta.

4.4 Descripción de resultados de variable estado de salud (Cuestionario SF 36)

El cuestionario SF36 es un buen predictor de estado de salud en el adulto mayor, el cual fue aplicado a la muestra.

Consta de 36 preguntas que valoran 8 dimensiones correspondientes al componente físico y mental con una pregunta adicional de transición de salud.

Los resultados se dan con una puntuación menor o mayor a 50 como peor y mejor estado de salud respectivamente.

Componente de salud física

Está compuesto por:

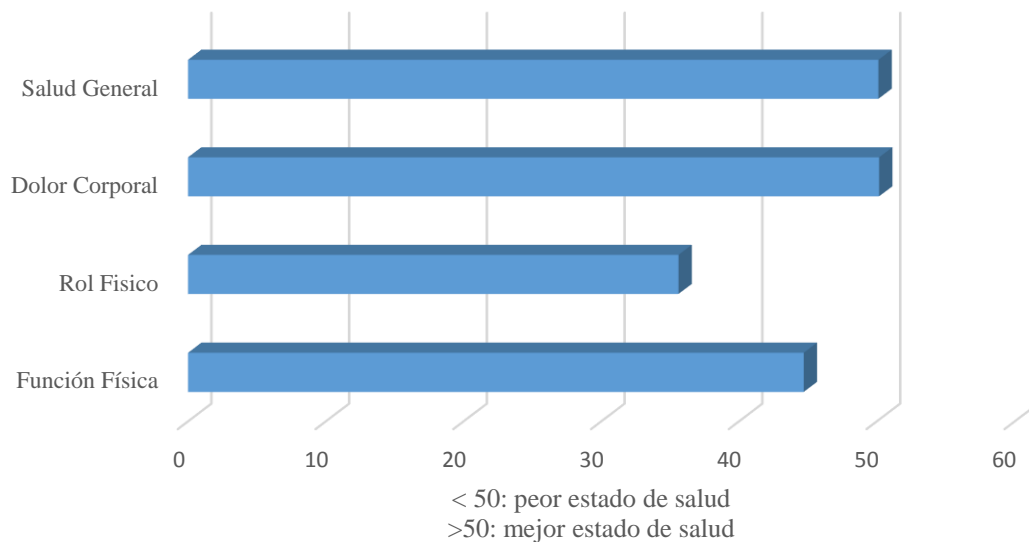
Función física.

Rol físico.

Salud general.

Dolor corporal.

Gráfico No 13. Distribución del Componente de Salud Física en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015



Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

Se observa que en todas las dimensiones que conforma el componente de salud física prevalece peor estado de salud (<50).

En el anexo VII se detalla los gráficos de cada uno de los componentes de salud física.

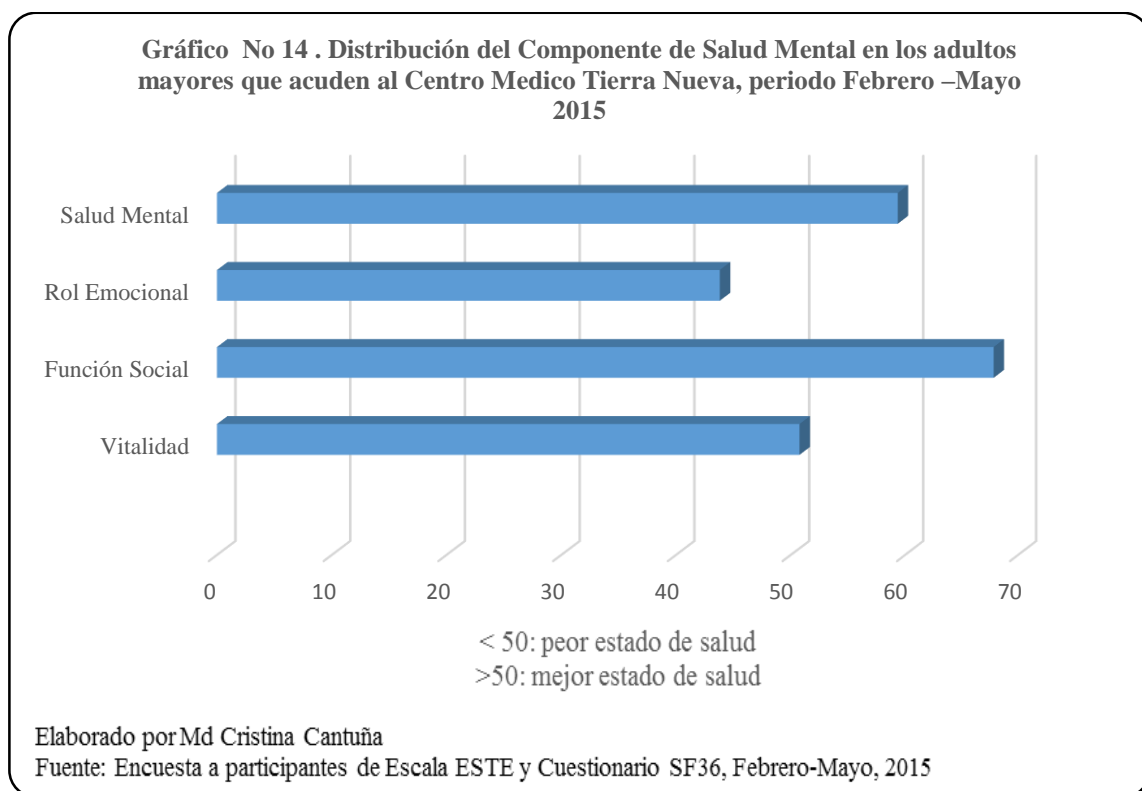
Componente de salud mental

Vitalidad.

Salud mental.

Función social.

Rol emocional.



Se observa que en rol emocional y vitalidad predomina peor estado de salud (<50); en las dimensiones de salud mental y función social prevalece mejor estado de salud (> 50).

En el anexo VII se detalla los gráficos de cada uno de los componentes de salud mental.

Resumen del componente de salud física

Tabla No 14. Distribución porcentual del Componente de Salud Física en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Peor estado salud	101	62
Mejor estado salud	64	38
Total	165	100,0

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

En general en el componente de salud física un 62% de la muestras presento peor estado de salud en el componente de salud física, y un 38% mejor estado de salud.

Resumen de componente de salud mental

Tabla No 15. Distribución porcentual del Componente de Salud Mental en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015

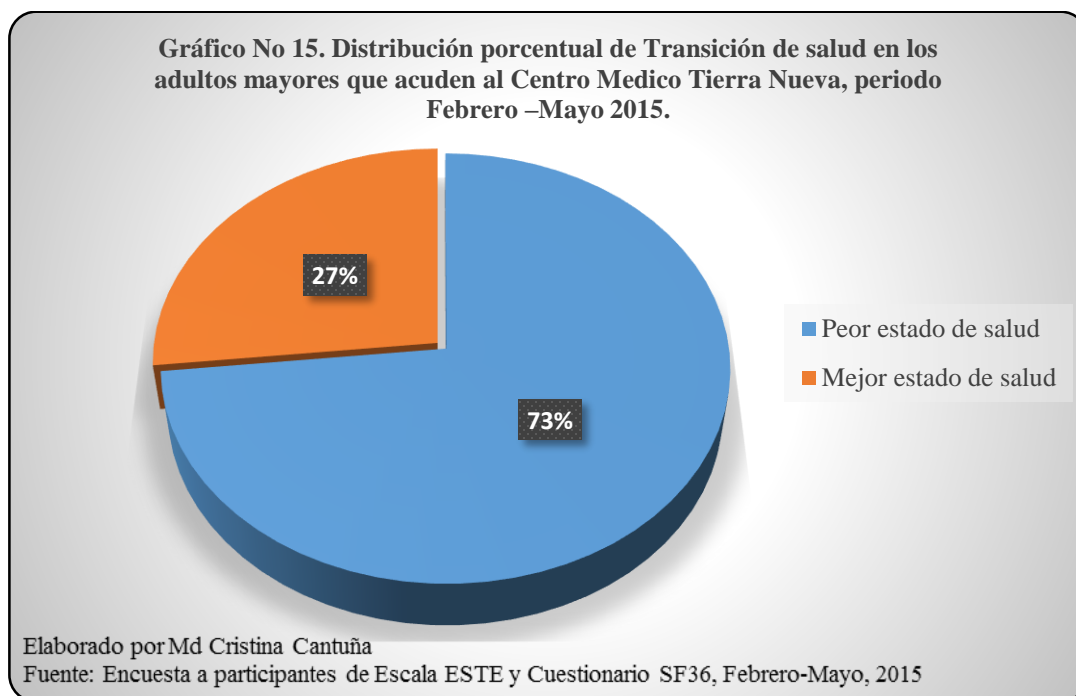
	Frecuencia	Porcentaje
Peor Estado de Salud	67	41
Mejor Estado de Salud	98	59
Total	165	100,0

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

En el resumen de salud mental un 59% presento mejor estado de salud y un 41% peor estado de salud.

Transición de salud



En la pregunta de Transición de Salud, que hace referencia a como considera su salud actual comparada con la de hace un año, un 73% presento peor percepción del estado de salud y un 27% mejor percepción de salud.

4.5 Comparación de soledad y estado de salud con asistencia o no al Centro de atención diurna del adulto mayor del Centro Medico Tierra Nueva

Tabla No 16. Comparación entre tipos de Soledad y Estado de Salud con asistencia o no del Centro de Atención Diurna del Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.

	Tipo de Soledad				Componente salud física		Componente salud mental	
	Soledad Familiar Alta	Soledad Conyugal Alta	Soledad Social Alta	Crisis de Adaptación Alta	Peor Estado de Salud	Mejor Estado de Salud	Peor Estado de Salud	Mejor Estado de Salud
Participación Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor	37,50%	0	12,50%	5,90%	24,30%	32%	24,70%	28,80%
No Participación Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor	12,50%	20%	17%	19%	15,10%	14,00%	15%	14,20%

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

Los participantes del Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor tuvieron mayor porcentaje de soledad familiar alta; mientras que los que no participaban en el Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor presentaron mayor porcentaje de soledad conyugal alta, soledad social alta y Crisis de Adaptación Alta.

Los que participan en actividades del Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor tienen mayor número de mejor estado de salud tanto en el componente físico y mental, que los que no acuden al Centro.

Los que no participan en actividades del Centro de atención diurna tienen mayor porcentaje de peor estado de salud en el componente físico y mental.

4.6 Descripción de resultados de análisis de variables

Análisis de Soledad y variables sociodemográficas

Soledad Familiar y variables sociodemográficas

Tabla No 17. Asociación entre variables sociodemográficas con sentimiento de soledad (Familiar) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015

	OR	Intervalo de confianza		Valor de p
		Inferior	Superior	
Edad	2,150	1,065	4,338	0,031
Sexo	0,656	0,322	1,333	0,242
Estado Civil	1,399	0,704	2,779	0,336
Convivencia	1,685	0,723	3,926	0,222
Nivel de educación	1,278	0,595	2,745	0,528
Vivienda	0,628	0,228	1,731	0,365

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

La tabla muestra que la razón entre los que si presentan soledad familiar y no presentan soledad familiar en adultos mayores a 80 años es 2,1 veces mayor que los adultos mayores menores a 80 años. Esta asociación es estadísticamente significativa ($p=0,031$). No existe relación con las otras variables sociodemográficas.

Soledad Conyugal y variables sociodemográficas

Tabla No 18. Asociación entre variables sociodemográficas con sentimiento de soledad (Conyugal) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015

Variables sociodemográficas	OR	Intervalo de confianza		Valor de p
		Inferior	Superior	
Edad	0,651	0,126	3,348	0,605
Sexo	3,404	0,853	13,583	0,071
Estado Civil	0	0	0	0,607
Convivencia	8,833	0,739	105,574	0,043
Nivel de educación	0,512	0,152	1,727	0,276
Vivienda	6,800	1,314	35,169	0,011

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

En esta tabla se muestra que la razón entre los que si presentan soledad conyugal y no presentan soledad conyugal en adultos mayores con vivienda arrendada es 6,8 veces mayor que los adultos mayores con vivienda propia. Esta asociación es estadísticamente significativa ($p=0,011$).

Con las otras variables sociodemográficas, no hubo asociación estadística.

Soledad social y variables sociodemográficas

Tabla No 19. Asociación entre variables sociodemográficas con sentimiento de soledad (Social) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015

	OR	Intervalo de confianza		Valor de p
		Inferior	Superior	
Edad	5,205	1,740	15,571	0,001
Sexo	0,876	0,396	1,937	0,744
Estado Civil	2,416	1,161	5,030	0,016
Convivencia	1,163	0,435	3,112	0,762
Nivel de educación	2,585	1,213	5,509	0,012
Vivienda	0,782	0,260	2,351	0,661

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

La tabla muestra que la razón entre los que si presentan soledad social y no presentan soledad social en mayores a 80 años es 5,2 veces más que los adultos mayores menores a 80 años. Esta asociación es estadísticamente significativa ($p= 0,001$).

La relación de los adultos mayores con soledad social y que no tienen pareja tuvo 2,4 veces más que los que tienen pareja. Existe asociación significativa ($p=0,016$).

Se observa también que la asociación de los adultos mayores que si presentan soledad social con nivel de educación baja tienen 2,4 veces más que los que tienen nivel de educación alto ($p= 0,012$).

La asociación de los adultos mayores que presentaron soledad social que viven solos fue 1,16 veces más que los que no viven solos, sin embargo no hay asociación significativa.

Con las variables sexo y tipo de vivienda, no se encontró asociación estadística.

Crisis de adaptación y variables sociodemográficas

Tabla No 20. Asociación entre variables sociodemográficas con sentimiento de soledad (Crisis de adaptación) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015

	OR	Intervalo de confianza		Valor de p
		Inferior	Superior	
Edad	1,405	0,669	2,949	0,368
Sexo	1,121	,548	2,295	0,754
Estado Civil	3,179	1,596	6,335	0,001
Convivencia	2,250	,803	6,307	0,115
Nivel de educación	1,161	,559	2,414	0,688
Vivienda	1,147	,386	3,410	0,808

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

La asociación de los adultos mayores que tienen crisis de adaptación y sin pareja es 3,4 veces más que los que tienen pareja. Existe asociación significativa ($p=0,001$).

No se encontró asociación estadística con las otras variables.

Descripción de los resultados de análisis de soledad y estado de salud

Tabla No 21. Asociación entre los diferentes tipos de sentimientos de soledad y peor estado de salud (componente de salud física) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.

	OR	Intervalo de confianza		Valor de p
		Inferior	Superior	
Soledad Familiar	1,297	0,616	2,731	0,493
Soledad Conyugal	1,053	0,287	3,856	0,938
Soledad Social	1,625	0,765	3,453	0,204
Crisis de adaptación	2,147	1,064	4,332	0,031

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

La tabla muestra que la razón entre los que presentan crisis de adaptación o no en adultos mayores con peor estado de salud es 2,1 veces mayor que los adultos mayores con mejor estado de salud del componente físico. La asociación es estadísticamente significativa ($p=0,031$).

No existe asociación significativa entre soledad familiar, conyugal, social y peor estado de salud del componente de salud físico.

Descripción de los resultados de análisis de Sentimiento de Soledad y Estado de Salud

Tabla No 22. Asociación entre los diferentes tipos de sentimientos de soledad y peor estado de salud (componente de salud mental) en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015

	OR	Intervalo de confianza		Valor de p
		Inferior	Superior	
Soledad Familiar	3,786	1,818	7,884	0,000
Soledad Conyugal	1,671	0,495	5,642	0,405
Soledad Social	1,740	0,840	3,604	0,133
Crisis de adaptación	2,198	1,113	4,339	0,021

Elaborado por: Md. Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

La razón entre los que si presentan soledad familiar o no en adultos mayores con peor estado de salud es 3,7 veces mayor que los adultos mayores con mejor estado de salud del componente de salud mental. La asociación fue estadísticamente significativa ($p= 0,000$).

Se observa también que la razón de los adultos mayores que si presentan crisis de adaptación con peor estado de salud es 2,1 veces más que los que tienen mejor estado de salud del componente mental ($p=0,021$).

No se encontró asociación estadística entre soledad conyugal, soledad social y peor estado de salud del componente mental.

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

En este trabajo se ha descrito la soledad y el estado de salud de las personas mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva mediante la aplicación de dos encuestas, la escala ESTE y el cuestionario SF36 , a su vez se han estudiado la prevalencia, asociación y los determinantes sociodemográficos de los participantes.

La mayoría de los estudios sobre soledad en adultos mayores han sido estudios cualitativos o de tipo descriptivos transversales, pocos han sido los que analizan la influencia de las posibles variables que intervienen en la soledad, representando una limitación para comparar los resultados obtenidos. (27)

En el Ecuador no existen registros sobre la valoración de soledad en este grupo de edad, a pesar de tener un aumento de la vejez y conocer la asociación que puede tener en el estado de salud del adulto mayor.

Algunos estudios sobre soledad y adultos mayores, utilizan una pregunta directa para consultar si la persona se sentía sola, con la opción de respuesta de si o no, otros en cambio usan una escala de tipo liker graduando las respuestas desde nunca a siempre.

En habla hispana existen dos escalas de soledad, una en España, la Escala de Soledad para la Tercera Edad (Escala ESTE) de Rubio y Alexander (1999), validada a su vez en otros países sudamericanos y otra en México, el Inventario Multifacético de Soledad para Adultos Mayores (IMSOL- AM) de Montero y Rivera-Ledesma (2009). Hemos utilizado para el estudio la Escala ESTE.

Características sobre el estado de salud en nuestro país se destaca la información recogida en la encuesta SABE (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2009, 2010), que en nuestro estudio se evaluó con el Cuestionario SF36.

La escala ESTE y cuestionarios SF36, validados en Europa y países de América, con una consistencia interna alta muestran propiedades psicométricas adecuadas que se pueden aplicar en nuestro contexto cultural.

La escala ESTE adaptada en Colombia, consta de 30 preguntas, valora 4 factores (soledad familiar, soledad social, soledad conyugal y crisis de adaptación) en grados de soledad: alta, media, y baja.

El Cuestionario SF36, consta de 36 preguntas, que valoran 8 dimensiones en dos componentes, físico y mental, y califican en peor o mejor estado de salud o Calidad de vida relacionada a salud (CVRS) además incluye una pregunta de transición de salud, que compara el estado de salud actual con el de hace un año.

En nuestro estudio se analiza la prevalencia de la soledad y su relación con otras variables, así mismo como el estado salud.

“En estudios realizados en Europa y América, sobre el sentimiento de soledad, ésta se ha relacionado con variables sociodemográficas como: edad, estado civil, estatus socioeconómico, y nivel educativo; otros aspectos: calidad de las redes sociales y contacto con los amigos, la depresión, los factores genéticos, la falta de afiliación religiosa y la violencia doméstica, entre otros parámetros.” (9)

A nivel bivariado, la soledad es mayor en las personas muy mayores, siendo los más vulnerables los de más de 80 años, mujeres, aquellos que tienen menor red de apoyo, bajo nivel educativo, no casados, viudos, separados o divorciados, tener un estado de salud deteriorado y en aquellas que viven solas, según estudios realizados con soledad.(5)(9)(30)(32)

Seis objetivos rigen el desarrollo de esta investigación, 5 específicos y uno general, los que permitieron caracterizar una muestra de personas de 65 y más años para evaluar la percepción de la soledad y el estado de salud mediante la aplicación de las encuestas seleccionadas.

Son algunas las variables que se han visto asociadas con soledad que en nuestro estudio no se han considerado, como: presentar alguna discapacidad, no se incluyó la depresión y la autoestima, la frecuencia y satisfacción con la red social, los cuales podrían ser incluidos en próximos estudios sobre la soledad.

Con respecto al primer objetivo específico planteado, que tenía como fin caracterizar desde el punto de vista socio-demográfico y salud a los adultos y adultas mayores que se atienden en los diferentes servicios del Centro Medico Tierra Nueva, se puede manifestar:

Un 70% de la muestra fue mujer, un 30% hombres, con predominio de edades entre 65 y 74 años que representaron un 55,2 %; hallazgos similares a los encontrados en otros estudios realizados en América (Criteria, 2009, Cardona J, 2010 y 2013), que coinciden con una proporción mayor de mujeres sobre los hombres, dada por la mayor esperanza de vida de las mujeres. (9) (11) (15) (29)

El 33% fueron personas viudas, 41% casados, un 10% divorciado, el 6% separado, un 1% vivía en unión libre y un 9 % eran solteros porcentajes semejantes a los estudios (Criteria (2009) en Chile, Mullins y Cardona J, (2010 y 2013) en Colombia). Importante conocer el estado civil de la muestra ya que puede ser considerada como un posible indicador de sus redes sociales. (9, 10, 11,29)

En la forma de convivencia, el porcentaje de adultos mayores en la muestra que vivían solas fueron un 17%, porcentaje algo superior a otros estudios así, por Criteria, 2009 (13%), y Cardona J, 2010 y 2013 (7% y 9,5% respectivamente). (9)(11) (29)

En el nivel de educación, el 64% curso la primaria, el 24% instrucción secundaria, un 4 % universitaria y un 8% ninguna, hay concordancia con los otros estudios en cuanto a predominio de la instrucción primaria. (9)

El 89% de la muestra vive en casa propia y un 11% en casa arrendada valor superior con el Informe Estadístico de Ecuador (INEC 2010) sobre las condiciones de la vivienda, donde 68,5% se declararon propietarios de su vivienda, aunque no todas en condiciones óptimas.

Con respecto a la ocupación, el porcentaje de los adultos mayores que aún se encontraba trabajando fue 11%, inferior al encontrado por el estudio chileno de Critería (13%). (29)

El 34% de la muestra se encuentra jubilada, porcentaje inferior al encontrado en el estudio de Critería, 2009, (81%); no se valora esta variable en estudios de Colombia. (29)

El segundo objetivo de identificar las patologías más frecuentes en los adultos mayores que asisten a las áreas del centro médico Tierra Nueva, se encontró lo siguientes:

En relación a las patologías frecuentes que presentan los encuestados, la cifra de prevalencia es mayor de las enfermedades crónicas, que puede estar relacionado con el motivo de consulta que los llevó al Centro Médico Tierra Nueva.

Las patologías crónicas más prevalentes en los adultos mayores fueron la hipertensión arterial (35,2%), la diabetes (22,5%), problemas de hueso –artrosis, osteoporosis (37,6%), problemas urinarios-hipertrofia de la próstata, incontinencia urinaria (3%).

La prevalencia en la muestra de hipertensión arterial, es menor a la prevalencia encontrada en los estudios de comparación así en el estudio de Critería (2009), fue 49% y SENAMA (2009), tuvo 42,5%, al igual que los datos de la Encuesta SABE (2010), con un 46%. En cuanto a la diabetes, en cambio la prevalencia en la muestra es superior al encontrado por el estudio SENAMA (13,45%), Critería (19%), SABE (13,3%) y la prevalencia de la artrosis/osteoporosis es mayor a la encontrada por Critería (14%). (29)(31)(33)

Según algunas revisiones consideran que las enfermedades crónicas como la diabetes, el accidente cerebro-vascular y las enfermedades neurológicas pueden generar mayores niveles de dependencia y desarrollar el sentimiento de soledad. (15)(18)(28)

Para el tercer objetivo del estudio sobre los tipos de soledad, nuestros adultos mayores presentaron un mayor grado de soledad familiar bajo (70,3%), un 34% presento soledad conyugal baja, soledad social media un 52,1% y un 59,4% de crisis de adaptación media, siendo los datos más representativos de soledad en la muestra.

En general, en estado de salud se encontró que un 62% del total de la muestra presento un peor estado de salud en el componente físico.

En transición de salud un 73% de los participantes tuvo peor percepción del estado de salud con respecto al año anterior.

La soledad familiar alta tuvo mayor porcentaje en el Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor (6,8%) en comparación con los otros lugares de atención; la soledad social alta fue mayor en Consulta externa por morbilidad (35%); la soledad conyugal alta en consulta Externa por morbilidad (5%); y crisis de adaptación alta también mucho mayor en consulta externa por morbilidad (20%). No hay datos para realizar comparaciones.

Con respecto al cuarto objetivo de “analizar la asociación del sentimiento de soledad y con variables socio demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, convivencia, vivienda)”, se realizó un análisis bivariado entre la variable de resultado soledad (tipos de soledad), y cada una de las variables sociodemográficas.

Al analizar la relación de la soledad con las variables sociodemográficas, se encontró una asociación significativa entre soledad familiar y las variables edad con un OR 2,1 (IC 95% 1,065-4,338) y ($p= 0,031$). Concuerta su hallazgo con investigaciones que registran un mayor número de soledad mientras mayor sea el rango de edad, asociado por el incremento de su vulnerabilidad. No hubo asociación de soledad familiar con las otras variables sociodemográficas. (9)

En soledad conyugal hubo asociación estadística con vivienda arrendada, un OR 6,8 (IC 95% 1,3-35,1) y valor $p = 0,011$. No hay estudios que comparan esta variable sociodemográfica.

Con soledad social y las variables: edad mayor a 80 años, OR 5,2 (IC 95% 1,7-15,5) ($p=0,001$), estado civil (sin pareja) OR 2,4 (IC 95% 1,161-5,030) ($p=0,016$), nivel de educación (bajo nivel de educación) OR 2,58 (IC 95% 1,213-5,509) ($p= 0,012$), se encontró asociación significativa.

Los que presentaron crisis de adaptación tuvieron asociación significativa con adultos mayores sin pareja (estado civil), OR 3,1 (IC 1,596-6,335) ($p=0,001$).

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de soledad y ambos sexos, igualmente que en algunos estudios, en cambio otros, refieren que las mujeres se sienten más solas que los hombres, aunque esta relación todavía es controversial. Los resultados sugieren que tanto las mujeres como hombres de la muestra tienen la misma sensibilidad para expresar sus emociones. (9)(15) (28)

En nuestro estudio soledad social, crisis de adaptación presentaron asociación significativa con el nivel de estudios.

En cuanto a nivel de estudios, algunos estudios tampoco presentan coincidencias, como en España (2004) encontraron que a mayor nivel de estudios, mayor percepción de soledad, así mismo en Argentina (1992), mientras que en otros encontraron que a menor estudio más soledad. (9)(30)(34)

En nuestra muestra encontramos que en soledad familiar y social, hubo asociación significativa con edad.

Hay estudios que señalan la relación entre la edad y la soledad, aludiendo a mayor edad, mayor posibilidad de sentirse solos, probablemente por la presencia de predisponentes propias de la edad (viudez, pérdida familiar, vivir solo, problemas de salud). “*La soledad se acelera con la edad y apresura el declive fisiológico.*” (9) (18) (27) (34)

Se considera que el estado civil es un predictor importante de soledad, en nuestra muestra hubo asociación significativa de los adultos que presentaron crisis de adaptación y los que no tienen pareja, concordante con otros estudios, en los que fue mayor el sentir soledad, de las personas solteras, separadas y viudas, dados porque la viudez aumenta el riesgo de soledad, especialmente si se ha producido en un lapso de <6 años. (9)(28)(34)

“El estar casado o el vivir en pareja según otros autores la consideran como un factor protector para la soledad”. (28)

En relación a convivencia, algunas revisiones manifiestan que el sentimiento de soledad se puede experimentar tanto viviendo solo como en compañía; en nuestro estudio no hubo asociación significativa de esta variable con sentimiento de soledad, siendo concordante con estos estudios. (27)(34)

Otros estudios encontraron que las personas mayores que vivían solas sentían más soledad que los que vivían acompañados como Rubio y Alexander (2004), Cardona J. (2013). (9)(34)

En tipo de vivienda se encontró asociación significativa con soledad conyugal y vivienda arrendada, en estudios sobre soledad no se valora esta variable.

El quinto objetivo señala comparar la relación del sentimiento de soledad y el estado de salud con la participación o no de actividades del Centro de Atención Diurna del adulto mayor del Centro Médico Tierra Nueva.

A su vez este objetivo permite que las relaciones sociales de las personas mayores sean revisadas por la participación o no de actividades del Centro de atención diurna del Adulto Mayor del Centro Médico Tierra Nueva.

Los participantes del Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor tuvieron mayor porcentaje de soledad familiar alta; mientras que los que no participaban en el Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor presentaron mayor porcentaje de soledad conyugal alta, soledad social alta y Crisis de Adaptación Alta.

Con relación al estado de salud en el componente de salud física y mental en el Centro de Atención Diurna del Adulto, es mayor el número de mejor estado de salud tanto en el componente físico y mental, que los que no acuden al Centro.

Los que no participan en actividades del Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor presentaron mayor porcentaje de soledad, al no realizar actividades de entretenimiento, podría influir en la experiencia de soledad, ya que la inactividad y la falta de participación en este tipo de actividades se convierten en un factor de riesgo para la soledad. (9)

Las relaciones comunitarias como: participación en organizaciones comunitarias, las de tipo religiosa, Club de Mayores, organizaciones gremiales y Junta de Vecinos, involucran un intercambio emocional positivo, disfrute y compartir buenos momentos que *“se consideran un factor protector y como un indicador de la calidad de vida en la vejez; de acuerdo al sexo son las mujeres quienes participan más en las organizaciones que los hombres y las que tienen un mayor nivel de escolaridad.”* (9)(14)(31)

El Centro Medico Tierra Nueva también cuenta con el Club de Diabéticos como parte de su control de enfermedad crónica, con prácticas sobre cuidado y actividades recreativas en sus reuniones, donde la mayoría de los encuestados por enfermedad crónica participan, sin embargo fue el segundo lugar en porcentaje de soledad social (26,3%) en relación con otros y así mismo fue mayor el porcentaje de peor estado de salud tanto en el componente físico y mental.

En el estudio no se valora la red social con la que cuenta la persona mayor como redes familiares (hijos, número de personas que viven con el entrevistado y su relación de parentesco y si cuenta con familiares de confianza), redes sociales (amigos de confianza, contacto con los vecinos).

En relación al objetivo general de analizar la relación de Soledad y estado de salud de los adultos mayores que acuden al Centro Médico Tierra Nueva, se encontró en el análisis bivariado una asociación significativa entre crisis de adaptación con peor estado de salud del componente de salud física, OR 2,14 (IC 1,064-4,332) ($p=0,031$) y componente de salud mental, OR 2,1 (IC 1,113-4,339) ($p= 0,021$). Y asociación significativa de soledad familiar, OR 3,7 (IC 95% 1,818-7,884) ($p= 0,00$), con peor estado de salud del componente de salud mental.

Es decir que los adultos mayores que presentaron crisis de adaptación o soledad existencial son los que tuvieron peor estado de salud en salud física y mental, también tuvieron peor estado de salud en el componente de salud mental los adultos mayores que presentaron soledad familiar.

“En la percepción del estado de salud, interviene la valoración que la persona hace de su propio estado y el grado de autonomía que tenga para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), si hay deterioro de esta, limitara la realización estas actividades, reduciendo las relaciones sociales”. (30)

Algunas revisiones refieren que las personas que se perciben saludables o que son autónomos en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), se sienten menos solos que los que consideran su salud como mala o muy mala. (30)

Posible que la relación entre la soledad y la disminución del estado de salud es bidireccional, así el estado funcional pobre y la discapacidad puede conducir a un aumento de la soledad, o la salud verse deteriorado aún más por la soledad. (27)

Resultados sugieren que el interrogatorio de personas mayores sobre la soledad puede ser una forma útil de identificar ancianos en riesgo de discapacidad y mala salud.

Es importante y necesario reconocer estos datos, por parte del profesional sanitario para lograr identificar adultos mayores con riesgo de presentar soledad y que esta influya en su estado de estado de salud o viceversa, para su respectiva intervención.

Factores protectores como un alto nivel de apoyo familiar, realización de actividades, pueden contribuir a mejorar la capacidad funcional, mejorar habilidades sociales, para tener una mejor percepción de salud y disminuir los sentimientos de soledad. (14)(20)(21)

CAPÍTULO VI.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La soledad es una realidad que muy poco ha sido considerada, ya que no se cuenta con referentes en nuestro país, se ha visto que la vejez va en aumento y según las proyecciones aumentaría su número en los siguientes años; como médico de familia que atiende en su mayoría la consulta a este grupo etario es importante su conocimiento y detección.

Para la realización del estudio, la población estudiada constituye un referente del Sur de Quito, ya que al Centro Medico Tierra Nueva acuden personas de todos los sectores de la zona sur de la capital.

Según las revisiones la soledad está relacionada con una serie de factores de riesgo sociodemográficos y con el estado de salud. Con los datos encontrados en la investigación se puede concluir lo siguiente:

En cuanto al primer objetivo sobre determinar las características personales de los adultos y adultas mayores que asisten a las áreas con las que cuenta el Centro Médico Tierra Nueva desde el punto de vista socio- demográfico, las conclusiones son las siguientes:

Características sociodemográficas:

- 1) El 70 % eran mujeres y el 30% hombres.
- 2) La edad media de la muestra fue 74,6 años.
- 3) El estado civil predominante, 41% de la muestra era casado, un 33% viudo.
- 4) El 64 % de los encuestados tenía instrucción primaria, el 24% instrucción secundaria.
- 5) El 45 % de los adultos mayores vivían con un familiar (hijo, nieto u otro familiar), el 38% con su pareja, y el 17% solos.
- 6) El 89% de los adultos mayores encuestados habitaba en vivienda propia.
- 7) Un 34% de la muestra son jubilados; un 28% se dedica a quehaceres domésticos.

En el segundo objetivo acerca de identificar las patologías más frecuentes que se presentan en los adultos mayores que asisten a las áreas con las que cuenta el Centro Médico Tierra Nueva, se concluye:

- 1) La patologías más frecuentes fueron las crónicas; del total de la muestra fueron los problemas en los huesos, 37,6% (artrosis, osteoporosis); 35,2% Hipertensión Arterial; un 22,4% diabetes.
- 2) En consulta externa por morbilidad, Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor y Terapia Física prevalecen los problemas de huesos (artrosis, osteoporosis).
- 3) En consulta por enfermedad Crónica fue diabetes.

- 4) En medicina alternativa de los cinco participantes 2 tuvieron hipertensión arterial, dos problemas de huesos (artrosis, osteoporosis), y uno diabetes.

En el tercer objetivo de definir los tipos de soledad (soledad familiar, conyugal, social, existencial o crisis de adaptación), y el estado de salud en sus componentes físico y mental (peor y mejor estado de salud) que se presentan en las personas adultas mayores que asisten al Centro Médico Tierra Nueva, tenemos las siguientes conclusiones:

- 1) Los resultados totales de tipos de soledad más prevalentes de la muestra fueron:
24,2% soledad social alto, 34% soledad conyugal, un 59,4% crisis de adaptación media y 70,3% soledad familiar baja.
- 2) Un 62% del total de la muestra presento peor estado de salud en el componente físico.
- 3) En transición de salud un 73% de los participantes tuvo peor percepción del estado de salud con respecto al año anterior.

En comparación con los servicios, tipo de soledad y estado de salud:

- 1) En Consulta externa por morbilidad (70%), consulta de Medicina Alternativa (100%), imagen (100%), Terapia Física (82,7%), farmacia (100%) predominó soledad familiar baja.
- 2) En consulta de enfermedad crónica fue mayor soledad familiar baja (57,9%) y crisis de adaptación media (57,9%).
- 3) El Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor tuvo mayor porcentaje en soledad social media (84,1%), peor estado de salud en el componente físico (63,3%) y mejor estado de salud en el componente mental.
- 4) En consulta externa por atención de morbilidad (físico: 75% y mental: 62,5%), consulta de enfermedad Crónica (63,2%; 57,9%), consulta de medicina alternativa (80%, 60%) predominó peor estado de salud tanto en el componente de salud físico como mental.
- 5) En el Centro de atención Diurna del Adulto Mayor (físico: 63,6%, mental: 52,3%), terapia física (71,2%, 53,8%), y farmacia (66,7%, 100%) fue mayor peor estado de salud del componente físico y mejor estado de salud en el componente mental.

- 6) En servicio de imagen (físico: 100%, mental: 50%) es mayor el porcentaje de peor estado de salud en el componente físico y no hay diferencia en el estado de salud del componente mental.

En relación al cuarto objetivo, de analizar la asociación del sentimiento de soledad (tipos de soledad) con variables sociodemográficas, se puede concluir:

Soledad (tipos) y variables sociodemográficas:

- 1) Edad (mayores 80 años): asociación con soledad familiar OR 2,1 (IC 95% 1,065-4,338) ($p=0,031$) y soledad social OR 5,2 (IC 95% 1,7-15,5) ($p=0,001$).
- 2) Sexo: no se encontró asociación estadísticamente significativa.
- 3) Estado civil (sin pareja): asociación significativa con soledad social OR 2,4 (IC 95% 1,161-5,030) ($p=0,016$), y crisis de adaptación OR 3,1 (IC 1,596-6,335) ($p=0,001$).

- 4) Convivencia: no se encontró asociación estadísticamente significativa con sentimiento de soledad.
- 5) Nivel de educación (bajo nivel de educación): asociación con soledad social OR 2,58 (IC 95% 1,213-5,509) ($p=0,012$).
- 6) Vivienda (arrendada): soledad conyugal, OR 6,8 (IC 95% 1,3-35,1) y valor $p=0,011$.

El quinto objetivo específico sobre comparar la relación del sentimiento de soledad y el estado de salud con la participación o no de actividades del Centro de Atención Diurna del adulto mayor del Centro Médico Tierra Nueva, destaca:

- 1) Los participantes del Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor: porcentaje superior de soledad familiar alta (37,5%).
- 2) No participantes del Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor: porcentaje mayor de soledad conyugal alta (20%), soledad social alta (17%) y Crisis de Adaptación Alta (19%).

- 3) Los que participan en el Centro de Atención Diurna del Adulto tienen mayor el número de mejor estado de salud tanto en el componente físico y mental (32% y 28,8% respectivamente).
- 4) No participan en actividades del Centro de atención diurna: mayor porcentaje de peor estado de salud en el componente físico y mental (15,1% y 15%).

En el objetivo general, se concluye que:

- 1) Adultos mayores con crisis de adaptación presentaron asociación significativa con peor estado de salud tanto en el componente físico, OR 2,14 (IC 1,064-4,332) ($p=0,031$) como mental, OR 2,1 (IC 1,113-4,339) ($p= 0,021$).
- 2) Hubo asociación significativa entre soledad familiar, OR 3,7 (IC 95% 1,818-7,884) ($p= 0,00$) con peor estado de salud del componente de salud física.

Con los datos obtenidos se cumplen los objetivos propuestos, coincidiendo algunos resultados con las revisiones del tema, así, tenemos asociación significativa entre soledad, y algunas variables sociodemográficas; asociación significativa de los tipos de soledad y el estado de salud, confirmando las hipótesis establecidas. Además nos permite elaborar un perfil de riesgo de los adultos mayores con sentimiento de soledad (tipos) y peor estado de salud en el Centro Medico Tierra Nueva.

Recomendaciones

Entre las recomendaciones se sugiere la aplicación de los cuestionarios en mayor población, para aumentar la confiabilidad del estudio.

Se considera que el estudio se extienda a personas de distintas procedencias culturales, sectores (centro, norte, sur), zonas (rurales, urbanas).

Incluir en la entrevista variables, estudio de la función social como: número de contactos sociales, redes familiares (hijos, número de personas que viven con el entrevistado y su relación de parentesco y si cuenta con familiares de confianza), redes sociales (amigos de confianza, contacto con los vecinos), centros de ocio y socialización.

Otras variables a estudiar, la relación entre personas con alguna discapacidad (disminución de la capacidad auditiva y de visión), personas con enfermedades terminales, con la soledad.

Investigar detalladamente las escalas utilizadas.

Una vez reconocidos los adultos mayores en situación de riesgo se considera establecer la elaboración de estrategias preventivas.

Como ayudar en la soledad

Promoviendo la participación social y lo más importante, ayudar a los ancianos a desarrollar y mantener la satisfacción de las relaciones interpersonales mediante intervenciones que exploran las estrategias de mitigación de la soledad, como:

Arreglos de vivienda. (13)14)

Asistencia telefónica. (13)14)

Programas sociales, como: comidas de grupo, actividades del centro de la tercera edad. (13)14)

Intervenciones grupales como: teleconferencias, grupos de apoyo- (13)14)

Recibir elogios, manejo períodos de silencio, mejorando el atractivo físico, métodos de comunicación no verbal y el voluntariado. (13)14)

Según la campaña para erradicar la Soledad (Bolton, 2012) se identificaron las siguientes categorías:

Servicios de información y señalización. (21)

Apoyo a las personas. (21)

Intervenciones del Grupo – sociales. (21)

Intervenciones del Grupo – culturales. (21)

Promoción de la salud. (21)

Participación de la comunidad más amplia (21)

CAPITULO VII.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

CAPITULO VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Existen algunas limitaciones en el estudio, como la representatividad de la muestra, con un error 0.7 y una confiabilidad del 93%, para ser factible a un solo entrevistador.

La aplicación de la entrevista fue limitada a quienes acudieron por atención a las diferentes áreas al Centro medico Tierra nueva, no permitiendo generalizar los resultados.

La dificultad de llevar a cabo la entrevista en participantes adultos mayores, que al realizar la pregunta, relatan mucho más de lo preguntado, invirtiendo más tiempo en su elaboración , por lo que se alargó el tiempo par recolección de la muestra.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para 2012 – 2013, Adultos mayores, segunda edición, p 6-90
2. Instituto Nacional de Estadísticas y censos. (2010, 2012).Ecuador, Proyecciones de Población.
3. Ramona Rubio Herrera , Ara Mercedes Cerquera Córdoba , Rubiela Muñoz Mejía Erika Alejandra Pinzón Benavides .Popular concepts on loneliness of the elderly people of Spain and Bucaramanga, Colombia, REVISTA DIVERSITAS, Vol. 7 / No 2 / 2011, pp. 307-319.
4. Eva Muchinik y Sysana Seidman, Aislamiento y soledad, Buenos Aires: Eudeba, Cap. XIII, 2004. 1ª. ed. 1ª. reimp. – Buenos Aires, 128 p.
5. Julio Iglesias de Ussel, Juan López Doblas, Mª Pilar Díaz Conde, Carmen Alemán Bracho, Antonio Trinidad Requena y Pedro Castón Boyer. La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo; Madrid, Primera edición: 2001 (142).
6. José Carlos Bermejo .La soledad en los mayores, 2011, p 1-13
7. Marta Rodríguez Martín .La soledad en el anciano, GEROKOMOS 2009; 20 (4): 159-166
8. Montserrat Puig Llobet., María Teresa Lluch Canut., Nuria Rodríguez Ávila. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. , N. (2009). Gerokomos, 20 (1), 9-14.
9. Cardona Jiménez, Jairo León; Villamil Gallego, María Mercedes, Henao Villa, Eucaris; Quintero Echeverri. El sentimiento de soledad en adultos, Medicina UPB, vol. 32, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 9-19 ,
10. Rubio Herrera, Ramona, Lcda Mercedes Pinel, Lcda Laura Rubio, La soledad en los mayores, Una alternativa de medición a través de la escala Este, Universidad de Granada, 2011, p 3-13.
11. Cardona J, Villamil MM, Henao E, Quintero A. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta, Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 416-27

12. Marta de Barros Barreto, Benicia Sosa de Canatta. “Adaptación cultural de la escala este para medir soledad en adultos mayores”, Asunción (Paraguay)8(1): 92-99, 2011.
13. Carla M. Perissinotto, MD, MHS; Irena Stijacic Cenzer MA; Kenneth E. Covinsky, MD, MPH. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. Arch Intern Med 2012, 172 (14): 1078-1084.
14. Christopher M. Masi , -Hsi Yuan Chen , Louise C. Hawkley , y John T. Cacioppo, A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. Pers Soc Psychol Rev 2011, 15: 219
15. Louise C. Hawkley , Ph.D. y John T. Cacioppo , Ph.D. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms, Ann Behav Med. Author manuscript; available in PMC 2013 December 30, p 2-14.
16. Raheel Mushtaq , Sheikh Shoib , Tabindah Shah , y Sahil Mushtaq , Relationship Between Loneliness Psychiatric Disorders and Physical Health ? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness, Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014 Sep, Vol-8(9), p 1-4.
17. John T. Cacioppo , Ph.D., Louise C. Hawkley , Ph.D., y Ronald A. Thisted , Perceived Social Isolation Makes Me Sad: Five Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study, Psychol Aging. Author manuscript; available in PMC 2011 June 1, p 453-463.
18. Vosotros Luo , Ph.D., Louise C. Hawkley , Ph.D., Linda J. Waite , Ph.D., y John T. Cacioppo , Ph.D, Loneliness, Health, and Mortality in Old Age: A National Longitudinal Study, Soc Sci Med. 2013 March ; 74(6): 907–914
19. Andrew Steptoe, Aparna Shnkar, Panayotes Demakakos, Jane Wardle. Social isolation, loneliness, and all- cause mortality in older men and women, Departamente de Epidemiologia y Salud Publica, University College London, Londres WC1E 6BT, Reino Unido, vol 110, No 15, 2013, p 5797–5801.
20. Andy P Dickens, Suzanne H Richards, Colin J Greaves and John L Campbell, Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review, Dickens et al. BMC Public Health 2011, 11:647, p 1-20.

21. Cattan, M., White, M., Bond, J., Learch. A Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review. *Ageing and Society*, (2005): 25, (1), p 41-66.
22. Cuestionario de Salud SF-36,
http://64.233.179.104/search?q=cache:1lKtonesTwIJ:epi.minsal.cl/cdvida/doc/Doc7gyensenppt+Cuestionario+de+salud+general&hl=es&lr=lang_es
23. William Genaro Trujillo Blanco, Jorge Juan Román Hernández , Adriana María Lombard Hernández , Adaptación del cuestionario sf-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos , *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2014;15(1), p 62-70
24. Martha Bayliss, Regina Rendas-Baum, Michelle K White, Mark Maruish, Jakob Bjorner and Sandra L Tunis, Health-related quality of life (HRQL) for individuals with self-reported chronic physical and/or mental health conditions: panel survey of an adult sample in the United States, *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:154, p 1-10
25. Dr P. Olivares-Tirado, Perfil del estado de salud de beneficiarios de Isapres, *Marzo* 2005, p 1-29
26. Ware JE and Kosinski M., *User's Manual for the SF-36v2 Health Survey*, Second Edition, Chapter 1, pages 3-12, 2001
27. Agewell Foundation (2010). *Agewell Study on Isolation in Old Age*. Agewell Research & Advocacy. Centre, 2,21 New Delhi: autor. Recuperado el 28 de mayo, 2010, p 1-21.
28. Cacioppo, J., Hawkley L. (2009). *Loneliness*. Chicago Center for Cognitive & Social Neuroscience University of Chicago, (1-35). Recuperado el 16 de junio, 2010, p 2-23.
29. Criteria Research. *Fuerza Mayor, Una Radiografía del Adulto Mayor Chileno*. Santiago, Chile., 2009, p 1-125.

30. Dykstra, P, Fokkema, T (2007): Social and Emotional Loneliness Among Divorced and Married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29 (1), p 1-12.
31. Servicio Nacional del Adulto Mayor: Las personas Mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile. 2009, p 1-155.
32. Yang Keming, Victor Christina. Age and loneliness in 25 European nations. Cambridge University Press. *Ageing and Society*, 31(8), November 2011, pp.1368-1388
33. Encuesta SABE (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento) 2009, 2010 (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento),
34. Rubio Herrera, Ramona. La soledad en las personas mayores españolas, Universidad de Granada, España, 2004.,p 1-22, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para adultos mayores participantes del estudio

La presente investigación es llevada a cabo por la Dra. Cristina de los Angeles Cantuña Tapuyo, del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cuyo objetivo es determinar la relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que asisten al Centro Médico Tierra Nueva, mediante la aplicación de dos cuestionarios.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, cuya información recogida será confidencial.

Para mayor información usted se puede contactar al correo electrónico del investigador misscrithys@yahoo.es.

Agradecida de antemano por su participación.

AUTORIZACION

Yo, _____, declaro que he sido informado que la presente investigación es conducida por la Dra. Cristina de los Angeles Cantuña Tapuyo, del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cuyo objetivo es determinar la relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que asisten al Centro Médico Tierra Nueva, mediante la aplicación de dos cuestionarios.

Admito que mi participación es voluntaria, y que la información recogida será confidencial. De tener alguna duda puedo contactarme con el investigador al correo electrónico misscrithys@yahoo.es.

SI ACEPTO PARTICIPAR
PARTICIPAR

NO ACEPTO

Favor colocar firma en decisión

Lugar y fecha: _____

ANEXO II

ESCALA ESTE EN ADULTOS MAYORES

ESCALA ESTE EN ADULTOS MAYORES

Edad: ____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil: ____ **Ocupación:** QQDD (), Ninguno: (), Jubilado (), Otro ____

Escolaridad: Ninguna (), Primaria (), Secundaria (), Universitaria ()

Vivienda: Propia (), Arrendada ()

Con quien vive: Pareja (), Familiares (), Solo/a ();

Cuál es el motivo por el que ha venido al Centro Médico?

-Consulta de Morbilidad (enfermedad) () Consulta de Medicina Alternativa: ()

- Consulta de enfermedad crónica () Centro de Atención Diurna del Adulto Mayor ()

- Terapia Física () -Imagen () - Farmacia (Medicinas) ()

Tiene alguna enfermedad: SI (), NO ()

Hipertensión Arterial (), Diabetes (), Problemas de huesos (artritis/artrosis/osteoporosis) (), Problemas Urinarios (), Otro, cual _____

Leer las afirmaciones que se presentan a continuación y seleccionar marcando con una X una de las 5 alternativas, teniendo en cuenta la descripción que mejor se adecua para cada una de las afirmaciones.

Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo-Muchas veces	Siempre
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ítems	Afirmaciones	Alternativas				
1	Me siento solo	1	2	3	4	5
2	Tengo una pareja que quiere compartir su vida conmigo	1	2	3	4	5
3	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo que necesito	1	2	3	4	5

4	Estoy enamorado de alguien que me ama	1	2	3	4	5
5	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	1	2	3	4	5
6	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	1	2	3	4	5
7	Me siento solo cuando estoy con mi familia	1	2	3	4	5
8	Alguien de mi familia se preocupa por m	1	2	3	4	5
9	Alguien de mi familia me presta apoyo	1	2	3	4	5
10	Siento que pertenezco a mi familia	1	2	3	4	5
11	Me siento cercano a mi familia	1	2	3	4	5
12	Lo que es importante para mí no parece importante para los demás	1	2	3	4	5
13	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	1	2	3	4	5
14	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	1	2	3	4	5
15	Me encuentro a gusto con la gente	1	2	3	4	5
16	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo	1	2	3	4	5
17	Me siento aislado	1	2	3	4	5
18	Me gusta la gente con la que salgo	1	2	3	4	5
19	Podría contar con mis amigos si necesitara recibir ayuda	1	2	3	4	5
20	Me siento satisfecho con los amigos que tengo	1	2	3	4	5
21	Tengo amigos con quien compartir	1	2	3	4	5
22	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	1	2	3	4	5
23	Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	1	2	3	4	5
24	Siento que no le importo a nadie	1	2	3	4	5
25	Siento que no soy interesante	1	2	3	4	5
26	Siento que a medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para m	1	2	3	4	5
27	Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes	1	2	3	4	5
28	Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil	1	2	3	4	5
29	Siento que la vida no merece la pena de ser vivida	1	2	3	4	5
30	Tengo miedo de muchas cosas	1	2	3	4	5

Comentarios_____

ANEXO III

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente, 2 Muy buena, 3 Buena, 4 Regular, 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año 3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? **1 Sí 2 No**

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

ANEXO IV

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA: CUESTIONARIO CORTO

Escala de depresión geriátrica: Cuestionario corto

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

Respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.

Un puntaje ≥ 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

ANEXO V

PREGUNTAS DE MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

PREGUNTAS DE MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año.....

___5

• Dígame el hospital (o lugar).....

Planta.....ciudad.....Provincia.....Nación.....

___5

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)

___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 monedas. Y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando?

___5

• Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás

___3

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes?

___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj

___2

• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros

___1

• Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?

¿Qué son el rojo y el verde?

___2

• ¿Que son un perro y un gato?

___3

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa

___1

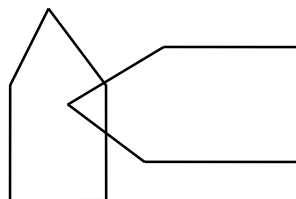
• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

___1

• Escriba una frase

___1

• Copie este dibujo___1



Puntuación máxima 35.

Punto de corte Adulto no geriátricos 24

Adulto geriátrico 20

ANEXO VI

CARTILLAS DE RESPUESTA DE ESCALA ESTE

CARTILLAS DE RESPUESTA DE ESCALA ESTE

NUNCA
1

RARA VEZ
2

**ALGUNAS
VECES**
3

**A MENUDO-
MUCHAS VECES**
4

SIEMPRE
5

ANEXO VII

ESTADO DE SALUD: COMPONENTE DE SALUD FISICA Y MENTAL

Gráficos de dimensiones de Estado de Salud

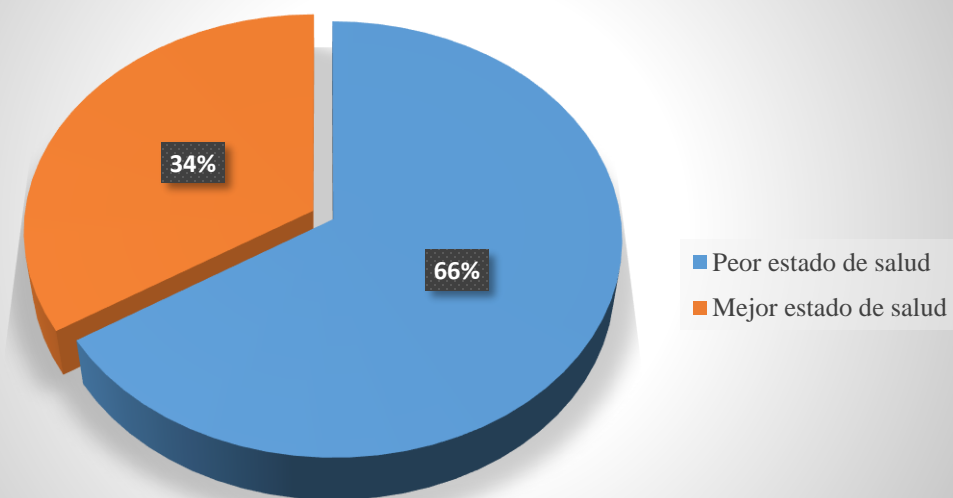
Componente de salud física

Está compuesto por:

- Función física.
- Rol físico.
- Salud general.
- Dolor corporal.

Función física

Gráfico No 1 . Distribución porcentual según Función física en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero – Mayo 2015.

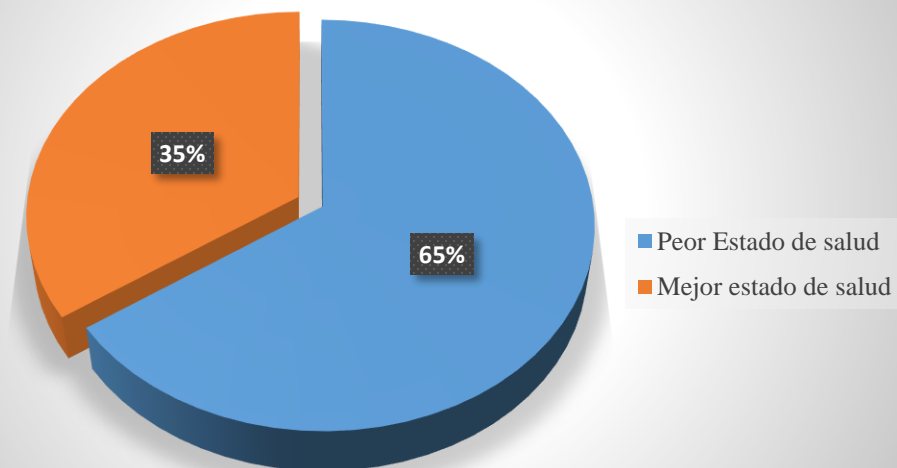


Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

Rol físico

Gráfico No 2. Distribución porcentual según Rol físico en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015

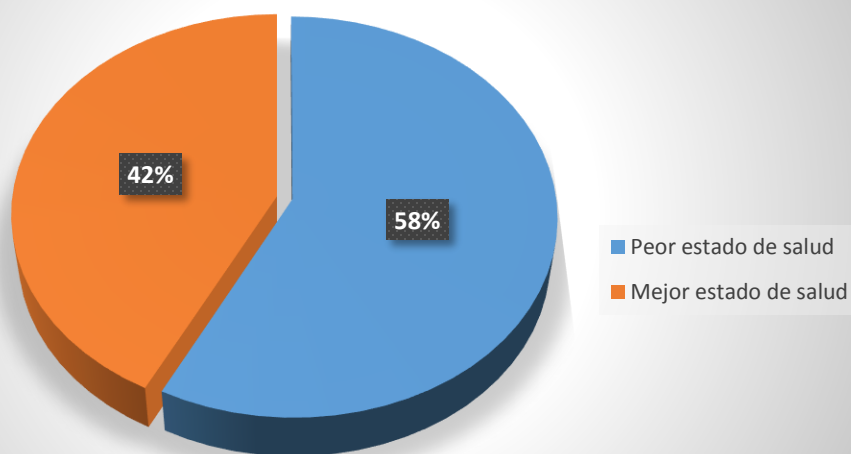


Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

Dolor corporal

Gráfico No 3. Distribución porcentual según Dolor Corporal en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.

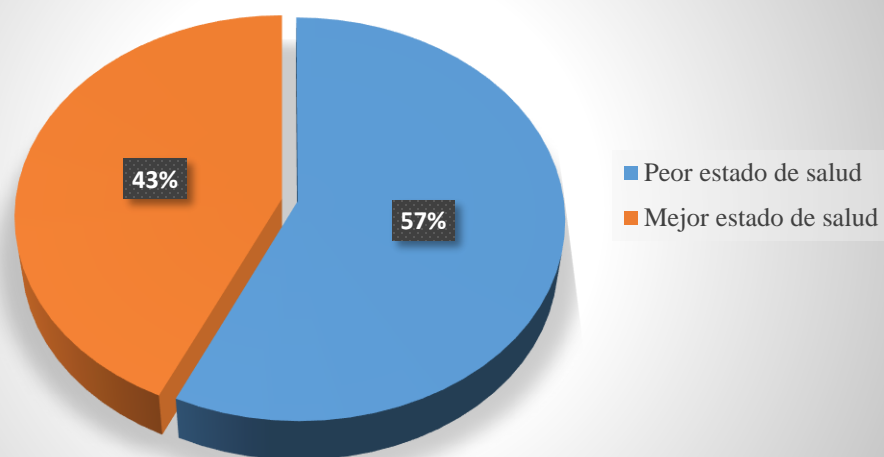


Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

Salud general

Gráfico No 4. Distribución porcentual según Salud General en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero – Mayo 2015.



Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

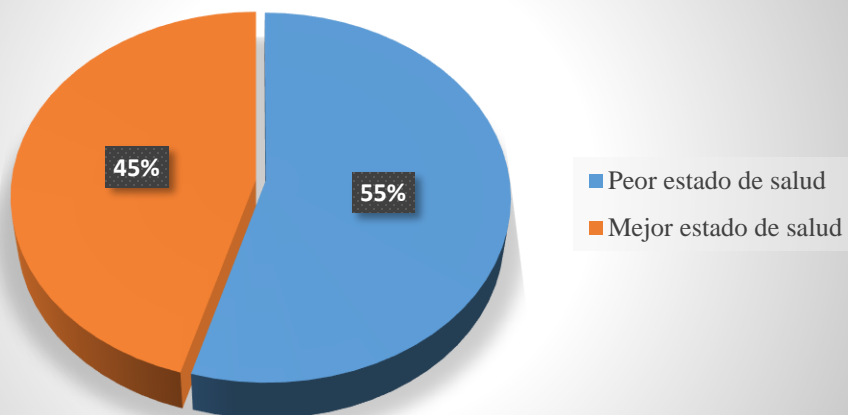
Componente de salud mental

Se encuentra conformada por:

- Vitalidad.
- Salud mental.
- Función social.
- Rol emocional.

Vitalidad

Gráfico No 5. Distribución porcentual según Vitalidad en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero – Mayo 2015.

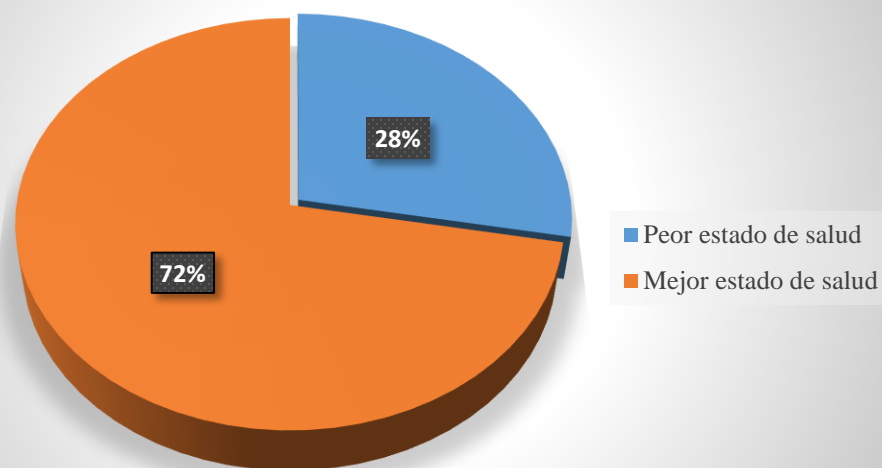


Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

Función social

Grafico No 6. Distribución porcentual según Función Social en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.

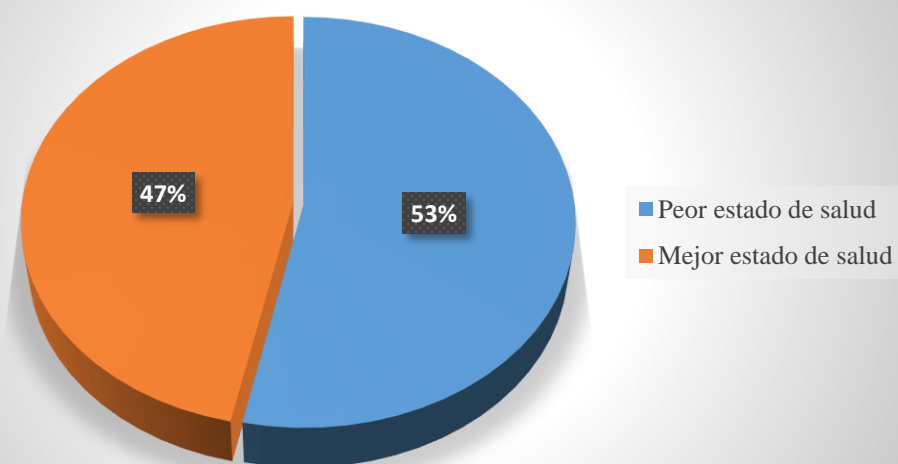


Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

Rol emocional

Grafico No 7. Distribución porcentual según Rol Emocional en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero –Mayo 2015.

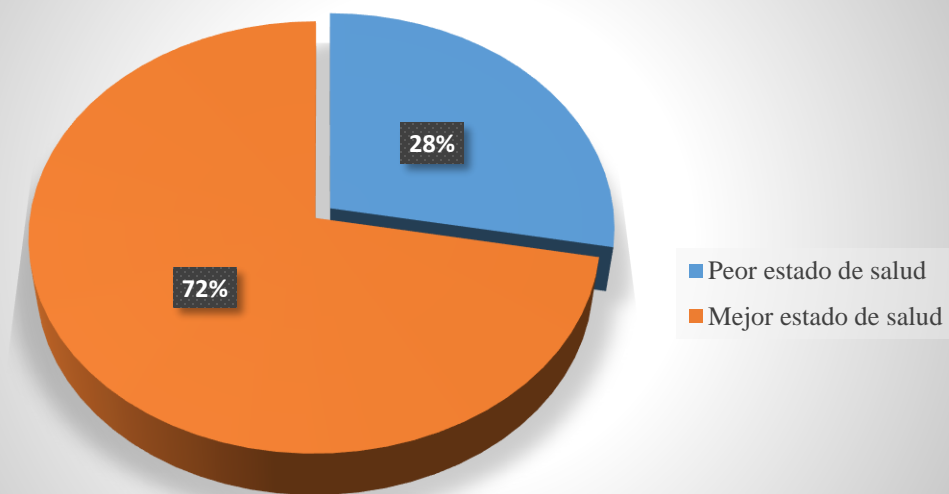


Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015

Salud mental

Figura No 8. Distribución porcentual según Salud Mental en los adultos mayores que acuden al Centro Medico Tierra Nueva, periodo Febrero – Mayo 2015.



Elaborado por Md Cristina Cantuña

Fuente: Encuesta a participantes de Escala ESTE y Cuestionario SF36, Febrero-Mayo, 2015